



HAL
open science

Evaluation par une recherche qualitative d'un programme expérimental de santé communautaire à destination de personnes " sans chez soi " chronique et vivant avec un trouble psychiatrique sévère (janvier 2011 – juillet 2012)

Cyril Farnarier, Aline Sarradon-Eck, Vincent Girard

► **To cite this version:**

Cyril Farnarier, Aline Sarradon-Eck, Vincent Girard. Evaluation par une recherche qualitative d'un programme expérimental de santé communautaire à destination de personnes " sans chez soi " chronique et vivant avec un trouble psychiatrique sévère (janvier 2011 – juillet 2012). [Rapport de recherche] ARS Provence Alpes Côte d'Azur. 2013, pp.196. hal-03193340

HAL Id: hal-03193340

<https://hal.science/hal-03193340v1>

Submitted on 8 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cyril FARNARIER & Aline SARRADON-ECK

Avec la participation de Vincent GIRARD

Rapport de recherche

*Evaluation par une recherche qualitative d'un programme
expérimental de santé communautaire à destination de personnes
« sans chez soi » chronique et vivant avec un trouble psychiatrique
sévère
(janvier 2011 – juillet 2012)*

Juillet 2013

ARS Paca- Appel à projets 2010

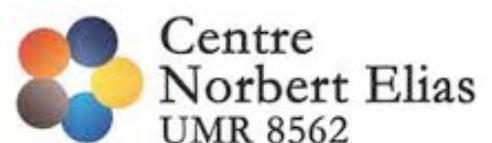
**« Soutien aux actions innovantes, expérimentales et aux recherches-actions
dans le domaine de la promotion de la santé en région Provence Alpes Côte
d'Azur »**



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**



MARSS



**Centre
Norbert Elias
UMR 8562**

Equipe de recherche

Aline Sarradon-Eck : médecin et anthropologue, Chercheur AP-HM et chercheuse au Centre Norbert Elias – UMR 8562 – équipe : Groupe de Recherche Cultures, Santé, Société (GReCSS)

Courriel : aline.sarradon@wanadoo.fr

Fonction dans le projet :

Conception du projet de recherche, direction scientifique, coordination

Recueil et analyse des données ethnographiques, rédaction du rapport final, valorisation de la recherche

Cyril Farnarier : socio-anthropologue, post-doctorant

Chercheur au Centre Norbert Elias – UMR 8562 – équipe : Groupe de Recherche Cultures, Santé, Société (GReCSS)

Courriel : cyril.farnarier@gmail.com

Fonction dans le projet :

Recueil et analyse des données ethnographiques, rédaction du rapport final, valorisation de la recherche

Vincent Girard : psychiatre, Praticien Hospitalier dans le Service du Pr Naudin, Coordonnateur de l'équipe MARSS, doctorant au Laboratoire de Santé Publique de la faculté de médecine de Marseille, et invited lecturer à Yale Programm for Recovery and Community Health.

Courriel : vincent.girard.46@gmail.com

Fonction dans le projet :

Responsable du programme MARSS

Discussion et relecture du rapport final, rédaction de certains passages, valorisation de la recherche

Remerciements

Nous remercions les membres de l'équipe MARSS (les membres présents, tout comme ceux qui l'ont quittée) qui nous ont fait l'amitié d'accepter notre présence – parfois dérangeante, souvent réflexive - à leurs cotés dans leurs activités professionnelles.

Nos remerciements s'adressent aussi aux personnes suivies par MARSS pour leur patience tout au long de l'enquête ethnographique que nous avons conduite.

SOMMAIRE

PREAMBULE : BILAN A UN INSTANT T : « RUE BEL AIR »	7
VALORISATION SCIENTIFIQUE AU 15/07/2013	8
LISTES DES ACRONYMES UTILISES	9
I - INTRODUCTION.....	10
I - Dates clefs dans la création de MARSS.....	11
II - Le projet de soins de MARSS.....	12
II - 1 - Une filière de soins médico-sociaux pour le public cible.....	13
II - 2 - Un ancrage théorique : le concept de rétablissement en santé mentale.....	14
III - Le processus d'institutionnalisation de MARSS et la justification de l'étude.....	20
II - MATERIEL ET METHODES	22
I - Objectifs	22
I - 1 - Décrire et analyser les cultures soignantes et le modèle de soins	22
I - 2 - Conduire une évaluation du processus (process evaluation)	23
II - Moyens et méthodes.....	23
II - 1 - Recueil de données.....	23
II - 1 - 1 - Observations	23
II - 1 - 2 - Entretiens avec les professionnels de l'équipe	25
II - 1 - 3 - Entretiens avec les personnes suivies par l'équipe.....	26
II - 1 - 4 - Triangulation par les données.....	27
II - 2 - Analyse des données.....	28
III - RESULTATS : DESCRIPTION DES PRATIQUES	30
I - Le projet de soin.....	31
I - 1 - Population cible.....	31
I - 2 - Les différentes étapes du projet de soin	32
II - Pratiques de l'équipe	34
II - 1 - Travail de rue et psychiatrie hors les murs	34
II - 1 - 1 - L'organisation du travail de rue & psychiatrie hors les murs	34
A - Les staffs.....	34
B - Les tournées de rue.....	44
C - Les permanences.....	50
D - Les tournées partenariales (avec les ADJ)	51
II - 1 - 2 - Les pratiques du travail de rue & de la psychiatrie hors les murs	52
A - Les repérages des lieux et des gens.....	52
B - Le contact.....	54
C - L'évaluation.....	55
D - « Créer le lien ».....	58
E - L'engagement.....	68
F - Les HDT/SDT : de la décision à la mise en œuvre	73
II - 2 - Accompagnement au logement.....	84
II - 2 - 1 - Le Marabout	85

A - Description du dispositif « matériel »	85
B - Les pratiques à l'intérieur du Marabout	92
II - 2 - 2 - Appartements autonomes.....	96
A - Description et historique du dispositif.....	96
B - Le projet de soins	96
C - Les pratiques dans les appartements	98
II - 3 - Travail en intra-hospitalier.....	101
II - 3 - 1 - Les médiateurs.....	101
II - 3 - 2 - L'accompagnement des personnes hospitalisées	101
A - Véga.....	101
B - Autres structures.....	103
II - 3 - 3 - Travail sur les représentations sociales.....	104
II - 4 - Consultations	106
II - 4 - 1 - Le lieu.....	106
II - 4 - 2 - Usage et mésusage des consultations	108
II - 5 - Des modalités relationnelles soignants-soignés singulières.....	109
II - 5 - 1 - Nomination et inclusion sociale	109
II - 5 - 2 - Proximité et familiarité	109
II - 5 - 2 - Relation sociale moins asymétrique.....	110
II - 5 - 3 - Transitivité de la relation : des personnes au système	111
II - 6 - Outils de communication interne.....	113
II - 6 - 1 - L'exemple des signalements.....	113
II - 6 - 2 - Secret médical	114
II - 6 - 3 - Multiplication, dispersion et cimaise	114
III - Les médiateurs de santé pair	116
III - 1 - Posture et positionnement	116
III - 1 - 1 - Un intermédiaire	116
III - 1 - 2 - Un pair aidant	116
III - 2 - Compétences.....	117
III - 2 - 1 - Connaissance du milieu	117
III - 2 - 2 - Savoirs expérientiels.....	117
III - 2 - 3 - Connaissance des gens	118
III - 3 - Plus value des MSP.....	118
III - 3 - 1 - Transmission des savoirs	118
III - 3 - 2 - Mode relationnel.....	118
III - 3 - 3 - Relation de confiance et travail de médiation	119
III - 3 - 4 - Psycho-éducation	119
III - 3 - 5 - Incarnation du rétablissement	120
III - 3 - 6 - Modification des représentations collectives de la maladie mentale.....	120
III - 4 - Difficultés	120
III - 4 - 1 - Métier en construction.....	120
III - 4 - 2 - Résistance des autres corps professionnels	121
III - 4 - 3 - Les affres de la professionnalisation.....	122
III - 4 - 4 - Usure de la posture.....	122
III - 4 - 5 - Sous-estimation de la vulnérabilité.....	122
IV - Évolution du dispositif	123
IV - 1 - Accroissement de la file active et du nombre de professionnels	123
IV - 2 - Spécialisation pôle rue/pôle logement.....	123
IV - 3 - Réseau.....	124
IV - 3 - 1 - Partenaires historiques.....	124
A - Médecins du Monde	124
B - Habitat Alternatif Social	124
C - Les Nomades Célestes	124
IV - 3 - 2 - Meilleure identification du réseau existant	125
IV - 3 - 3 - Usages et mésusages de l'équipe par les partenaires	126
IV - 4 - L'Accueil.....	127
V - 5 - Les interférences du programme « Un chez soi d'abord ».....	128

- IV - DISCUSSION	130
I - Développement et institutionnalisation	131
I - 1 - Eclatement géographique et cohérence d'ensemble	131
I - 2 - Redéfinir les contours de l'équipe	131
I - 3 - Question d'identité et perception	132
I - 4 - Evolutions du Marabout	132
I - 5 - CIMAISE : Dossier médical et saisie de l'activité	135
II - Oscillation entre deux modèles d'intervention.....	136
II - 1 - Définition des modèles	136
II - 1 - 1 - Rétablissement.....	136
II - 1 - 2 - Urgence médico-sociale	136
II - 2 - Travail de rue et population cible	136
II - 3 - Accompagnement au chez-soi	137
II - 4 - Objectifs et organisation des staffs.....	138
II - 5 - Accès aux soins, au lieu, travail en réseau, etc.....	138
II - 6 - L'accès au rétablissement.....	138
III - Relation professionnels/bénéficiaires	139
III - 1 - La question de la « bonne » distance professionnelle.....	139
III - 2 - Les effets de la spatialisation des relations.....	139
III - 3 - Effacement de la distinction entre lieu travail et lieu de vie.....	140
IV - Innovation/Reproduction	141
IV - 1 - Hiérarchie.....	141
IV - 2 - Consultation	142
V - Le poids des idéologies	143
V - 1 - La « peer illusion »	144
V - 2 - La « santé communautaire » et l' « empowerment » à l'épreuve des faits.....	145
V - 3 - Idéologie humanitaire et parcours professionnel.....	148
V - 4 - Sanitarisation du social.....	149
V - 5 - Image de l'équipe / perception et usage.....	151
V - 6 - Le « travail en équipe »	152
VI - De l'évaluation à la recherche participative	154
Le profil du poste de coordination opérationnelle	154
Rompre avec le mythe des origines	154
Equilibrer l'activité entre la rue et les logements.....	155
Améliorer la saisie de l'activité et la tenue du dossier patient-informatisé.....	155
Au niveau individuel.....	155
V - RECOMMANDATIONS	156
Attribuer aux EMPP des ressources supplémentaires	156
Spécialisation du travail et modalité de la division du travail	156
Permanence d'accès aux soins	157
Commission SDT et/ou comité d'éthique généraliste	157
Formation au rétablissement	158
Décision collégiale pour l'entrée dans le dispositif de logement.....	158
Encadrement des médiateurs.....	158
Confidentialité et circulation des informations.....	158
Adapter le logiciel des dossiers patients informatisés :.....	159
Equipe multilingue.....	159
Stabilisation du modèle.....	159
Cumuler plutôt que réinventer	160
Guide de travail de rue	160

VI – PERSPECTIVES	161
REMARQUE DU RESPONSABLE DU PROGRAMME MARS SUR LE PRESENT RAPPORT	162
Préambule	162
1- Sur le contenu du rapport.....	162
1-1-Le contexte	162
a- La psychiatrie	163
b- Le sans-abrisme des personnes psychotiques dans les grandes villes des pays riches	163
c- Le contexte Marseillais	164
d- Les équipes mobiles	165
e- Le dispositif de recherche de MARS	165
1-2- La méthode de recherche	165
1-3- Les analyses.....	166
1-3-1- Les trajectoires professionnelles et personnelles	166
1-3-2- Travailleurs pairs/les médiateurs.....	166
1-3-3- les primo arrivants et « migrant de deuxième génération »	167
1-4- Les recommandations.....	167
1-4-1-les recommandations émises	167
1-4-1-1- Formation au rétablissement	167
1-4-1-2 - Secret médical.....	168
1-4-1-3 - Logiciel	168
1-4-1-4 - Multilinguisme.....	169
1-4-1-5- la commission SDT	169
1-4-2- Recommandation non émise	169
1-4-2-1- Faire du lobbying pour une évaluation nationale des différentes EMPP	169
1-4-2-2-Favoriser la culture de l'évaluation permanente à l'AP-HM	170
1-4-2-3 Renforcer les compétences évaluatives dans l'équipe MARS	170
1-4-2-4 les enjeux de la coordination et du pouvoir « médicale ».....	171
2- Sur le processus et la méthode d'évaluation	171
2-1- L'état des lieux de l'évaluation sur ce type de programme	171
2-2- la définition de la méthode et de ses objectifs.....	171
2-3- les résultats.....	172
Conclusion	174
BIBLIOGRAPHIE	175
ANNEXES	182

Préambule : Bilan à un instant T : « rue Bel Air »

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des données qui ont été récoltées entre le 1/01/2011 et le 31/07/2012. Il repose donc sur une présence continue de 18 mois au sein de l'équipe des deux anthropologues : Aline Sarradon-Eck qui était présente dans l'équipe MARSS en tant que chercheur avant le début de l'enquête, et Cyril Farnarier qui a intégré l'équipe à l'occasion de cette recherche évaluative. La méthodologie mobilisée et les différentes opérations de recueil de données sont détaillées dans la première partie qui lui est exclusivement consacrée.

L'important travail de terrain qui a été réalisé et la masse de données recueillies nous permettent d'avancer un certain nombre d'analyses tant sur le fonctionnement particulier du dispositif observé que, d'un point de vue plus général, sur le modèle théorique de soin vers lequel tend ce dispositif.

Pour autant, notre terrain de recherche, mené sur un temps relativement long, le fut au cours d'une étape importante du développement de ce dispositif et nous amène à souligner deux points importants :

1- La dimension de recherche action de cette recherche nous a conduit à faire état de nos observations tout au long de notre temps de présence dans l'équipe (restitutions informelles pouvant prendre la forme de « diagnostics extemporanés ») ou à organiser trois fois dans l'année (en février, septembre et novembre 2012) des séances de restitution formelles auprès de l'ensemble des professionnels de l'équipe. Sans pouvoir mesurer précisément l'importance de la participation des chercheurs sur les décisions prises et l'évolution de l'équipe au court de cette année, il nous semble que ces retours d'analyses ont aidé l'équipe à mieux définir et organiser son action. Nous y revenons à la fin du rapport.

2- L'équipe MARSS s'est développée à une vitesse considérable (passant de 5 personnes bénévoles en 2007 à 23 professionnels en 2012). Ce développement est en lien étroit avec le processus d'institutionnalisation actuellement en cours. De fait, pendant la période au cours de laquelle nous avons recueilli les données, d'importants changements ont eu lieu, et se poursuivent, tant dans l'organisation de l'équipe que dans sa composition ou son mode de fonctionnement¹.

Dès lors, il est important de considérer cette dimension temporelle : plusieurs des points abordés dans ce rapport font état de dysfonctionnements qui ont depuis été en partie résolus alors que d'autres subsistent ou sont l'objet de réflexions en cours dans l'équipe.

Ces quelques remarques ne doivent pas remettre en cause la pertinence des analyses présentées dans ce rapport. En effet, il s'agit ici de décrire la mise en place d'un modèle de soin et d'identifier la dynamique du processus par lequel se modèle se construit. En cela, les analyses que nous présentons ici ne nous semblent pas se limiter à l'équipe qui a été observée mais peuvent prétendre à une généralisation dans la perspective d'une reproduction du dispositif.

¹ Déménagement du Marabout, départ de plusieurs professionnels qui étaient présent depuis le début du projet, recrutement de trois nouveaux médiateurs de santé, changement du coordinateur de l'équipe, etc...

Valorisation scientifique au 15/07/2013

Plusieurs analyses présentées dans ce rapport ont fait l'objet d'une publication ou d'une communication dans des colloques. Nous en donnons la liste ci-dessous.

PUBLICATIONS

- Sarradon-Eck A., Farnarier C., Girard V., Handhluber H, Lefebvre C, Simonet E, Staes B., 2012, « Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et Politiques*, N°67 : 183-199.
- C. Farnarier, A. Sarradon-Eck, « Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité », In Lachenal, Nguyen, Lefèvre (dir), *Sélection, tri et triage en médecine. Logiques, pratiques et valeurs*, Presse Universitaire de France (à paraître, fin 2013)
- - Sarradon-Eck A., Farnarier C., Girard V., « Caring on the margins of the health care system », *Anthropology and Medicine* (soumis, publication prévue en décembre 2013)

COMMUNICATIONS

- A. Sarradon-Eck, C. Farnarier, « Ethnographies at the margins of the health care system », EASA MedAnth conference, 8-10 septembre 2011, Rome
- C. Farnarier, A. Sarradon-Eck, « Adaptation conceptuelle et bricolage institutionnel. Le montage d'une EMPP », Colloque Anthropologie, innovations, techniques et dynamiques sociales dans le domaine de la santé, AMADES-UBO, 10-12 mai 2012, Brest.
- C. Farnarier, A. Sarradon-Eck, « "Kiffer la rue !" Qui fait la rue ? », Vème Journée Nationale des EMPP, 9 Novembre 2012, Paris (Hôpital St Anne).
- C. Farnarier, A. Sarradon-Eck, « Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité », Colloque "Sélection, tri et triage en médecine. Logiques, pratiques et valeurs", 19 et 20 novembre 2012, Paris (Université Paris Diderot).
- A. Sarradon-Eck, C. Farnarier, « Health caring without health carers », Conférence de l'EASA Medical Anthropology Network, AAA Society for Medical Anthropology et Univ. Rovira I Virgili, *Encounters and engagements. Creating new agendas for medical Anthropology*, 12-14 juin 2013, Tarragone (Espagne).

Listes des Acronymes utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
ADJ : Accueil de Jour
AME : Aide Médicale d'Etat
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CI : Chambre d'Isolement
CMU : Couverture Maladie Universelle
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
[E] : Entretien
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité
ETP : Equivalent Temps Plein
FA : File Active
HAS : Habitat Alternatif et Social
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers
HL : Hospitalisation Libre
HO : Hospitalisation d'Office
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social
MdM : Médecin du Monde
MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées
MIG : Mission d'Intérêt Général
MSP : Médiateur de Santé Pair
[NT] : Notes de terrain
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PH : Praticien Hospitalier
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA : Revenu de Solidarité Active
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (ex-HO)
SDT : Soins à la Demande d'un Tiers (ex-HDT)
UHU : Unité d'Hébergement d'Urgence
VAD : Visite à Domicile

I - INTRODUCTION

En France², la première EMPP a été créée en 1998 (Marques, 2010) pour favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans domicile affectées par des troubles psychiatriques. En effet, une méta-analyse situe la prévalence des troubles psychiatriques sévères parmi les personnes sans abri à environ 30 % (Fazel et al. 2008), chiffre que retrouve la dernière enquête réalisée en France (Laporte et al. 2010).

En 2005, la circulaire ministérielle Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, a structuré leur généralisation à l'échelon national. En 2010, il existait 126 EMPP en France (Mercuel § Querimi, 2011) dont les missions sont succinctement définies par un cahier des charges qui laisse une certaine marge de manœuvre aux équipes pour créer leur propre modèle d'intervention (Marquès 2010). Néanmoins, la circulaire ministérielle énonce leurs principales missions : « aller vers » cette population, faire interface avec les dispositifs existants, et soutenir les acteurs de première ligne. Aucune évaluation de ces dispositifs (à l'échelle d'une équipe ou de leur ensemble) n'a jamais été réalisée dans le cadre d'une recherche financée.

L'équipe mobile psychiatrie-précarité MARSS intervient dans le centre ville de Marseille, ville dans laquelle le nombre de personnes sans abri est estimé entre 8 et 10 000 personnes sur une année³. En se basant sur ces évaluations et selon les taux de prévalence mis en évidence par les enquêtes épidémiologiques (Koegel et al. 1988, Laporte et al. 2010), on estime entre 2 400 et 3 000 le nombre de personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères vivant à Marseille.

Marseille, comme la plupart des grandes villes françaises, n'a pas suffisamment de places d'hébergement d'urgence à offrir aux personnes sans abri. De plus, la plus grande UHU (La Madrague ville) n'offre pas de conditions décentes d'hébergement. En raison des graves problèmes d'insécurité et d'hygiène déplorable qu'ils y rencontrent, les personnes sans abri préfèrent souvent ne pas s'y rendre et dormir dans la rue ou dans des lieux interstitiels de la ville (Lovell, 1996). Ils doivent alors survivre (trouver de la nourriture, pouvoir dormir ou se reposer, pouvoir se laver et changer de vêtements, ne pas se faire agresser physiquement) ce qui aggrave leur pathologie psychiatrique et crée des pathologies somatiques. Marseille est aussi une ville de migrations et de transit dans laquelle on trouve une population nombreuse de primo-arrivants dont les parcours biographiques complexes et douloureux, les conditions de vie précaires ou indignes, l'instabilité juridique dans laquelle ils se trouvent,

² Aux USA, des équipes mobiles existent depuis les années 1980. Elles ont été créées pour pallier les défaillances du système psychiatrique américain à assurer une continuité des soins pour les personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères, mais aussi pour « nettoyer » certains quartiers des grandes métropoles (Lovell, 1996).

³ Evaluation faite en 2011 par la Mairie de Marseille et l'Agence régionale de santé, selon une méthode de faible validité scientifique reposant sur un comptage exhaustif des personnes sur les structures visitées (centre d'hébergement d'urgence, lieux de distribution des repas) avec élimination des « doublons ». Cependant, le plus gros centre d'hébergement de Marseille n'a pas été pris en compte, ni les nombreuses personnes qui n'utilisent aucun des dispositifs d'aide. Un programme de comptage par « capture recapture » vient d'être confié à un laboratoire universitaire de santé publique. Notons qu'en France il n'existe aucune mesure du sans abrisme tel que cela existe dans d'autres pays.

l'incompréhension linguistique ou culturelle, peut aggraver une pathologie psychiatrique préexistante ou contribuer au déclenchement de nouveaux troubles psychiques.

L'équipe « cible » ces personnes sans-abri vivant avec des troubles psychiatriques sévères, considérées comme « difficile à atteindre » (Rothbard et al, 2004). Pour des raisons médicales et sociales, soit ces personnes n'ont pas recours aux services médico-sociaux et ne demandent aucune aide, soit elles ont accès à ces services (parfois de manière itérative), mais cela n'aboutit ni à des soins ni à des droits effectifs. Ceci renvoie au phénomène décrit en psychiatrie depuis plus de 25 ans sous le terme de *revolving-door* (Geller, 1992), qui désigne le cycle admission-sortie rapide-réadmission dans un service de psychiatrie. Tout l'enjeu du travail de cette équipe est que les soins et l'accès aux droits, et en priorité le « chez soi », deviennent effectifs et s'inscrivent dans une temporalité longue, nécessaire au rétablissement des personnes.

I - Dates clefs dans la création de MARSS

- *2^{ème} semestre 2003* : Vincent Girard intègre comme bénévole la « Mission auprès des personnes sans abri » de Médecin du Monde (MDM) qui effectue un travail de rue quotidien.
- *2005* : Hermann Handlhuber rejoint en tant que travailleur pair bénévole la « Mission auprès des personnes sans abri » de MDM
- *2006* : Vincent Girard est nommé chef de clinique dans le service du Pr Naudin. Il poursuit son activité de psychiatrie de rue à mi-temps, et il crée le partenariat avec l'intra-hospitalier. Un interne en psychiatrie du service du Pr Naudin lui est affecté.
- *juin 2007* : ouverture par MDM de la « Mission équipe de santé mentale communautaire Accès à la santé et à la citoyenneté des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères ». Son objectif est d'accompagner la création d'une équipe hospitalière de l'AP-HM (Assistance publique – Hôpitaux de Marseille) en l'aidant à développer des compétences spécifiques au travail de rue par l'intermédiaire des bénévoles de Médecins du Monde rompus à cet « exercice ». A cette équipe composée de bénévoles, va s'adjoindre le personnel AP-HM (1/2 ETP de psychiatre, 1/2 ETP d'interne).
- *février 2007* : ouverture du squat « le Marabout » au 46 de la rue Curiol, dans lequel va s'installer Hermann comme responsable du lieu, et dans lequel l'équipe mobile a son bureau et assure des permanences médicales.
- *Fin 2007- début 2008* : Mise en place des financements spécifiques aux EMPP, et MARSS bénéficie d'un financement de la part de la DDASS (ex ARS), et d'un second financement de la part de MDM. Ces budgets permettent de créer l'EMPP qui comprend alors 6 salariés : un psychiatre - Vincent Girard - (1 ETP, AP-HM), une infirmière (1 ETP, AP-HM), un interne en psychiatrie (1/2 ETP, AP-HM), une éducatrice spécialisée (1/2 ETP, AP-HM), un travailleur pair (1 ETP, MDM), et un coordinateur (1 ETP, MDM). Des bénévoles de MDM apportent un soutien à l'équipe mobile.
- *Au printemps 2008*, l'association Habitat Alternatif Social (HAS) devient le porteur administratif et financier du Marabout requalifié de « résidence accueil ».
- *fin 2008* : visite de la Ministre de la santé qui alloue un financement exceptionnel de type MIG (mission d'intérêt général) au projet de santé communautaire présenté par le Dr Girard qui va permettre un accroissement progressif en 2009 et 2010 du personnel AP-HM.

Effectifs fin 2009 : 10 ETP

AP-HM = 8 ETP (1 ETP de psychiatre coordinateur médical, 1 ETP de coordinateur réseau, 1 ETP d'IDE, 1 ETP d'interne en psychiatrie, 1 ETP de médecin généraliste, 1 ETP d'éducateur spécialisé, 1 ETP d'assistante sociale, 1 ETP de médiateur de santé).

MDM : 2 ETP (1 ETP de travailleur pair, 1 ETP de coordinateur technique).

- *En 2010*, l'effectif s'accroît encore et des changements interviennent. Ainsi, Herman Handhluber devient salarié de l'AP-HM en juillet 2010. Une convention entre HAS et l'AP-HM permet d'embaucher des salariés HAS (1 éducateur spécialisé et un médiateur de santé pair) grâce aux crédits MIG alloués par le ministère de la santé.

L'effectif fin 2010 est de 15 ETP : 1 ETP de psychiatre coordinateur médical (AP-HM), 1 ETP de coordinateur réseau (AP-HM), 1,8 ETP d'IDE (AP-HM), 1 ETP d'interne en psychiatrie (AP-HM), 1 ETP de médecin généraliste (AP-HM), 1 ETP de psychiatre (AP-HM), 2 ETP d'éducateur spécialisé (1 AP-HM et 1 HAS), 1 ETP d'assistante sociale (AP-HM), 3 ETP de médiateur de santé (2 AP-HM et 1 HAS), 1 ETP d'agent administratif (AP-HM), 1 ETP de coordinateur technique (MDM).

En juillet 2010, l'équipe bénéficie également de locaux qui lui sont exclusivement dédiés au 7 de la rue Bel Air.

Elle se dote d'un projet médical de « santé communautaire et de soins orientés autour du rétablissement » et d'un référentiel. Elle devient une unité fonctionnelle hospitalière (UF 4816) avec une triple mission de soin, formation et recherche.

- *En mars 2011*, MDM met fin à son partenariat, comme cela était prévu au début de l'expérimentation, estimant que le relais par les politiques publiques était suffisant et significatif pour se désengager sans mettre en danger la viabilité du programme.

Les effectifs s'accroissent encore avec l'embauche d'un chercheur sénior (1 ETP, AP-HM), l'ajout d'un ETP d'assistante sociale, l'embauche d'un 4^{ème} médiateur de santé pair (soit un total de 18 ETP).

HAS, de son côté, ajoute deux salariés (un responsable du Marabout, une aide médico-psychologique dédiée au Marabout).

L'EMPP change de nom et devient MARSS (mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social).

Le Marabout déménage au 35 de la rue Curiol dans un immeuble entièrement réhabilité.

Deux chercheurs en sciences sociales sont recrutés dans le courant de l'année 2011. L'un en janvier, l'autre en septembre.

- *En 2012*, deux nouveaux médiateurs de santé sont embauchés sur un financement du CCOMS. A la fin de l'année 2012, l'équipe déménage au 9 de la rue Dragons. Son effectif est alors de 20 ETP.

II - Le projet de soins de MARSS

Les objectifs de MARSS sont :

1- Proposer un accompagnement aux soins et une continuité des soins en santé mentale de proximité, *i.e.* directement accessible sur les lieux qu'utilisent les personnes en errance souffrant de troubles psychiques : rue, squat, structures bas seuil d'accueil...

2- Favoriser une politique de réduction des risques et des dommages en santé mentale basée sur la prévention secondaire (éviter l'aggravation ou la recrudescence des troubles), en développant une plus grande autonomie de la personne dans la prise en charge de sa pathologie mentale et en renforçant l'orientation et l'accompagnement vers les structures *ad hoc* (rue – soins – suivi – logement alternatif – insertion).

II - 1- Une filière de soins médico-sociaux pour le public cible

La sociologue Ana Marquès (2010) propose une classification des modes d'interventions des EMPP :

- **L'expertise** a pour but principal de faciliter l'accès aux soins psychiatriques de droit commun. Elle comprend une évaluation de l'usager et de sa situation et une orientation vers ces structures de soins psychiatriques de droit commun, si nécessaire, ainsi que le soutien aux équipes partenaires (notamment sous la forme de conduite à tenir). Dans ce type d'intervention, c'est à l'équipe partenaire de mettre en place l'orientation proposée par l'EMPP, le cas échéant. Elle se caractérise par :

- peu, voire pas de contact avec l'usager, les interlocuteurs privilégiés de l'EMPP sont les professionnels partenaires qui ont formulé la demande, et éventuellement l'équipe qui prendra le relais.
- des interventions plus centrées sur l'évaluation, les liaisons et éventuellement l'orientation, donc peu ou pas d'entretiens de suivi/soutien, peu ou pas d'accompagnements.
- une durée assez courte : si ce type d'intervention peut occuper l'intervenant de l'EMPP pendant plusieurs heures, pendant le jour ou la semaine qui suit, la réception de la demande, elle ne dure pas dans le temps.

- **La prise en charge passerelle** a aussi pour but final de faciliter l'accès aux soins de droit commun, mais à court et moyen terme, après l'évaluation. Son objectif est la mise en confiance de l'usager, l'établissement d'un lien avec lui et sa mobilisation (créer une demande ou faire accepter). Autrement dit, l'EMPP fait le travail ou y participe activement, pour mettre en place l'accès aux structures de droit commun. Elle se caractérise par :

- autant, voire plus de contacts avec l'usager qu'avec les professionnels partenaires.
- une grande partie des interventions sont des entretiens de suivi/soutien et, dans certaines situations, des accompagnements.
- une durée plus longue, pouvant aller de quelques semaines à des années, avec souvent un travail pour mobiliser la personne, et pour passer le relais à l'équipe du secteur.

- **La prise en charge à part entière** se distingue principalement par l'objectif de traiter le problème décelé lors de l'évaluation plutôt que de passer le relais à terme. Ce mode d'intervention ressemble à celui des intervenants de droit commun (sociales ou sanitaires). D'autres caractéristiques sont :

- l'interlocuteur privilégié est l'usager, plus ou autant que les autres équipes impliquées dans la prise en charge.
- les interventions sont le plus souvent des entretiens de suivi/soutien avec, dans certains cas, des accompagnements.
- la durée de la prise en charge est très variable, pouvant aller de quelques jours à des années.

Selon cette classification, l'équipe MARSS propose prioritairement et le plus souvent un mode de prise en charge « à part entière » en développant une filière de soins médico-sociaux

pour la population cible : les personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères et éloignées du système de soins.

Néanmoins, plusieurs situations peuvent amener l'équipe à faire un travail de liaison (prise en charge passerelle) :

- quand la personne est déjà suivie de façon plus moins effective par un secteur de psychiatrie ;
- quand la personne est dans la rue, mais occupe aussi réellement un logement ;
- quand la personne n'a aucun trouble psychiatrique mais est en situation de crise et/ou d'urgence somatique.

Ses principales activités sont les suivantes :

1) “Aller vers” : L'EMPP va à la rencontre du public cible avec l'objectif de :

- Créer un lien de confiance avec des personnes qui ne sont pas au départ en demande de soins afin de pouvoir, dans un second temps, faire émerger une demande et répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux
- Instaurer ou rétablir une continuité des soins;
- Apporter des soins de proximité en santé mentale et somatiques : diagnostic, entretiens, soins, prévention, réduction des risques;
- Orientations médicales et sociales
- Rétablir des droits sociaux

2) “Amener à”: ou accompagner au rétablissement en santé mentale avec comme objectifs :

- Rétablir des droits sociaux et de la citoyenneté
- Rétablir du lien social
- Accompagnement dans les soins (consultations spécialisées, hospitalisations)
- Accompagnement dans le projet de vie qui intègrera les questions sanitaires (prévention, réduction des risques liés à l'usage de drogues, soins somatiques, soins en santé mentale).
- Accompagnement au logement : Le Marabout, appartements thérapeutiques.

II - 2 - Un ancrage théorique : le concept de rétablissement en santé mentale⁴

Le positionnement de MARSS est lié à un ancrage théorique particulier qui est celui du rétablissement en santé mentale et des soins axés sur le rétablissement (*Recovery-Oriented Care*). Le rétablissement constitue le socle idéologique des politiques de santé mentale aux Etats-Unis. Bien qu'il renvoie à des pratiques validées par la science⁵, ce concept n'est connu que de quelques services de psychiatrie en France.

Le concept de « recovery » que nous traduisons ici par « rétablissement » s'est développé en premier lieu dans les associations d'usagers qui ont mis en avant la participation des usagers aux processus décisionnels et organisationnels les concernant (*empowerment*). Une partie de la communauté scientifique nord-américaine a repris ce concept au début des années 1990, et une production de savoir importante a été effectuée sur les processus de rétablissement, à la fois dans le domaine de l'épidémiologie (Harrow et al., 2005), la psychologie (Slade, 2010), mais aussi des sciences sociales (Place et al. 2011) et politiques (Davidson et al., 2010). Un

⁴ Cette présentation du rétablissement en santé mentale a été rédigée par Vincent Girard

⁵ Pour une revue de la littérature, voir Reppert et Carter, 2011.

nouveau modèle de soins a été petit à petit construit (Le Boutillier et al., 2011), en s'appuyant sur l'existant et s'inspirant de la réhabilitation psycho-sociale, mais en dépassant ce modèle de la réhabilitation psychosociale par la place centrale accordée au savoir tiré de l'expérience des personnes ayant connus des troubles psychiatriques. Les phénomènes de rétablissement restent insuffisamment reconnus par les cliniciens. Malgré des données probantes, ces derniers insistent sur les limites du modèle de rétablissement (Harvey et al., 2012). Les soins axés sur le rétablissement font également l'objet de débats entre usagers et scientifiques (Bellack, 2006).

L'idée-force du rétablissement réside dans sa remise en cause de l'incurabilité de la schizophrénie, maladie emblématique de la psychiatrie (Strauss et Carpenter, 1977). La première étude épidémiologique internationale (sur 10 pays, dont le Nigéria, la Colombie et l'Inde), menée par l'OMS, montre que, quelque soit le pays, 30 % des personnes vivant avec une schizophrénie se rétablissent tout de suite, 30 % se rétablissent plus ou moins entre 20 et 25 ans après le début des troubles et le dernier tiers restent malades (Carpenter & Strauss, 1991). Les nombreux témoignages « à la première personne » de militants, puis les études sur les histoire de vie des personnes (Saavedra, 2009) viennent renforcer l'idée de la nécessité de reconnaître la possibilité qu'ont les personnes affectées par un trouble psychiatrique sévère de surmonter la maladie, de la contrôler, voire de la vaincre, d'avoir une vie satisfaisante et d'être des citoyens à part entière même si leurs symptômes persistent (Davidson et al, 2009). La notion de rétablissement renvoie, selon les auteurs, soit davantage à un rétablissement social et citoyen (Hopper, 2007), soit/et /ou davantage à un rétablissement biologique et psychologique (Strauss et Carpenter, 1977).

Dans un modèle de soins axés sur le rétablissement, les soins dispensés sont centrés sur les objectifs suivants : retrouver l'espoir d'un avenir meilleur ; appropriation du pouvoir d'agir sur sa vie ; autonomie, voire autogestion de la maladie et de ses traitements ; amélioration du fonctionnement des usagers pour améliorer leur place et leur statut dans la société, pour qu'ils retrouvent des rôles reconnus par la société ; poursuite d'une vie gratifiante, en dépit de la maladie, par un sens nouveau donné à sa vie. Il s'agit d'un modèle d'intervention qui s'appuie sur des stratégies bien définies. Les 8 grands principes d'un système de soins orienté autour du rétablissement (selon Davidson et al., 2009) sont :

1 - La primauté de la participation

Les personnes participent à leur propre rétablissement de différentes manières. C'est d'abord en se sentant elles-mêmes les acteurs de leur propre rétablissement que la participation commence. Ensuite, c'est quand le système de soins accepte de faire participer les usagers eux-mêmes que la participation devient vraiment pleine et entière. Il s'agit pour les responsables des programmes de santé mentale de reconnaître de façon effective les compétences spécifiques liées à l'expérience de la maladie et du rétablissement. Cette reconnaissance passe par le recrutement de ces personnes sur des postes dans des équipes de soins. Ces recrutements doivent se faire non seulement sur la base de compétences liées à l'expérience personnelle de la maladie et du rétablissement (travailleurs pairs) mais aussi sur la base de diplôme ou expériences professionnelles (psychiatre, infirmier, autres). Il doit pouvoir se créer des centres de rétablissement communautaire (groupe d'auto-support) qui sont des lieux gérés par des personnes s'inscrivant dans des processus de rétablissement, où de l'information doit être diffusée autour du rétablissement, des services disponibles pour les personnes, des espaces de discussion et d'échanges. En France le type de structure qui peuvent fournir ce type de cadre est les GEMs. Ces derniers doivent intégrer la culture du rétablissement.

2 - Promouvoir accès et alliance avec le système de santé

L'accès aux soins doit être effectif et facile. Une réflexion doit être menée par les équipes pour identifier les barrières existantes et ensuite les lever. Les équipes doivent être en mesure de se déplacer et ne pas attendre que les personnes se déplacent ou même manifestent qu'elles ont besoin d'aide, car parfois elles n'en n'ont plus les moyens.

Les professionnels doivent faire attention à ce que les personnes n'aient pas l'impression de taper toujours à la mauvaise porte et faciliter leur itinéraire en les guidant efficacement et rapidement là où ils souhaitent aller. Les équipes sont capables de répondre aussi bien à des problèmes cliniques, sociaux, d'emploi, de logement mais aussi d'activités culturelles et spirituelles.

Il n'y a pas de règles ni de critères d'exclusions comme par exemple ceux souvent pratiqués autour de comportements addictifs. Les équipes mobiles d'addiction sont en lien avec les équipes mobiles psychiatriques afin de saisir ensemble les moments de crise des personnes présentant un double diagnostic, comme une opportunité pour avoir accès à des services.

3 - Assurer la continuité des soins

Les processus de rétablissement dans les maladies mentales chroniques sont singuliers et peu prévisibles, avec des rechutes. Un système de soin principalement organisé autour des phénomènes aigus (crise, urgence) reste peu adéquat car il risque d'offrir alors des soins fragmentés autour de ces moments, avec à chaque crise, un médecin et une équipe différente. Il s'agit donc de penser comment les professionnels doivent s'adapter au contexte et environnement de la personne, notamment comment offrir soutien et information à des personnes qui ne souhaitent pas forcément prendre de traitement ou voir un psychiatre. Les équipes doivent pouvoir offrir des alternatives afin que la personne puisse réellement avoir des choix.

A chaque étape du changement, est examiné avec la personne ses forces, compétences et ressources afin d'organiser sa stratégie de rétablissement. Il s'agit d'intégrer dans cette stratégie la famille, les amis et tout type d'aide que la personne pense nécessaire d'inclure. Les objectifs et les buts ne sont pas construits à partir d'une évaluation de l'évolution des symptômes par les professionnels, mais à partir de critères définis par la personne qui permettent d'évaluer sa capacité à continuer à vivre dans la cité/communauté.

Les critères qui doivent être utilisés pour évaluer l'efficacité du système de soins sont bien plus la qualité de vie, la satisfaction vis-à-vis de son logement, les relations sociales et l'emploi plutôt que se centrer uniquement sur le taux de rechutes et de réadmissions à l'hôpital.

L'expertise du rétablissement doit s'étendre au-delà des professionnels de la santé mentale, mais être vue comme un ensemble d'offres le plus large possible : association d'auto-support, médecin généraliste, médecine traditionnelle, acteur religieux et tout type d'aide se trouvant dans la cité. Dans cet esprit, c'est la Cité bien plus que le système de soin en santé mentale qui est perçue comme le contexte et le réseau qui va permettre de soutenir le processus de rétablissement de la personne.

Les nouvelles technologies comme Internet sont utilisées afin de favoriser l'auto-support, les avis de professionnels, et la diffusion d'information. Un effort particulier sera développé avec le système judiciaire et la police afin d'aider les personnes entrant ou sortant de prison à accéder à des services, notamment le logement pour éviter qu'elles se retrouvent sans chez soi.

4 - Utiliser les compétences des personnes comme base de travail

Les professionnels ont souvent tendance à construire leur réflexion à partir des problèmes, handicaps, déficits et symptômes de la personne plus qu'à partir de ses compétences. Les soins axés sur le rétablissement s'appuient sur « la partie saine » de la personne, même et surtout si cette dernière a tendance à oublier qu'elle a des qualités, des centres d'intérêts et du désir, du fait de la dureté de la maladie et son traitement social. Les professionnels doivent avec comme premier objectif d'aider la personne à retrouver ses compétences et talents. Le point de départ doit se faire à partir des compétences que doit développer chaque personne pour lutter contre la maladie, souvent depuis des années. L'interprétation des professionnels face à des événements comme la prise irrégulière de traitement va automatiquement dans la direction de la non compliance, le défaut d'*insight* alors même qu'une autre interprétation plus positive est possible comme celle d'une adaptation pertinente à des effets secondaires et au contexte.

Une série de compétences/qualités peuvent être évaluées :

- outils : jardinage, parler anglais, babysitting, gérer un budget
- talents : cuisiner, peindre, écrire
- qualités personnelles : patience, sens de l'humour, réflexivité
- qualités relationnelles : médiation, écoute, facilité de contact
- ressources interpersonnelles : famille, voisins
- histoire familiale : migration, rôle dans la résistance, autres
- compétences acquises par la lutte contre la maladie : comment continuer à espérer, comme survivre à des événements traumatiques, comment se défendre contre un système de soin parfois violent
- espoirs et rêves

5 - Offrir un agenda/plan individualisé de rétablissement

Il s'agit de prendre en compte le contexte de vie global la personne : travail, éducation, famille, logement, vie sociale et sexuelle, vie spirituelle et autres activités qui ont du sens et produisent du plaisir, et non plus se focaliser uniquement sur des paramètres biomédicaux.

Il s'agit d'accompagner la personne dans ses choix et les risques qu'ils comportent afin de permettre à la personne d'apprendre de ses propres erreurs.

Les rencontres pour élaborer cet agenda individualisé doivent se faire dans des moments qui ne rentrent pas en conflit avec d'autres activités importantes. La personne doit pouvoir faire venir tout autre personne qu'elle juge importante d'impliquer dans ses stratégies.

Les objectifs du plan sont basés sur les intérêts, les préférences et les forces de la personne.

Le déroulé du plan doit permettre d'identifier les étapes et surtout la prochaine étape. L'étape qui vient doit être réaliste et toutes les personnes qui peuvent être impliquées doivent être mobilisées.

Les personnes doivent pouvoir critiquer et complimenter les services qui leur sont proposés afin de renseigner les professionnels sur le degré de satisfactions et les problèmes rencontrés.

6 - Fonctionner comme un guide du rétablissement

Le premier rôle du guide est d'aider la personne à trouver ou retrouver ses objectifs, aspirations, rêves.

Le premier véhicule qui va permettre le « voyage » du rétablissement est le type de relation que le soignant va pouvoir offrir à la personne, faite d'espoir sur les possibilités qu'a la personne à aller mieux, et de se rétablir.

Les soignants évaluent à quel niveau de changement les personnes sont (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien) afin d'adapter leur stratégie.

Ils doivent se demander si l'offre de soin qu'ils proposent permet à la personne de retrouver du pouvoir, un sentiment d'appartenance, et une autonomie.

Les soignants ne doivent pas faire ce que la personne pourrait faire elle-même en sous estimant *a priori* ses capacités. Les erreurs sont souvent une source d'apprentissage et d'enrichissement. Il ne faut pas que les soignants protègent les personnes de faire des erreurs.

Les personnes doivent pouvoir exprimer leurs émotions, incluant la colère et l'insatisfaction, sans que ces réactions soient attribuées à une rechute.

Les différences culturelle, de race, ethnicité, orientation sexuelle, politique doivent être incorporées par les soignants au niveau individuel afin de pouvoir offrir du « sur mesure » et non des propositions stéréotypées.

Les soignants doivent aider la personne à se concentrer sur les étapes, ou sur l'étape suivante, plutôt que d'évoquer un futur ou un passé lointain.

Il s'agit de prendre en compte et de partir de la singularité de la personne, de son histoire, de son expérience unique, sa trajectoire, ses modèles, ses intérêts personnels, ses activités favorites.

Les soignants doivent être en capacité d'offrir une aide pratique concernant les besoins essentiels : un chez soi, de la nourriture, un emploi, et des liens avec la communauté/les autres. Pour cela ils doivent être capables de sortir de leur bureau pour aller là où les personnes vivent, afin de les aider dans ce qui est le plus significatif à ce moment-là dans leur vie.

Les soignants doivent combattre la stigmatisation en même temps qu'ils doivent améliorer si nécessaire la congruence entre les personnes et leur environnement en jouant sur les deux éléments.

Le rétablissement est un processus social qui implique la famille, les amis, les pairs, les membres de la communauté, et les soignants. Ces derniers doivent voir leur rôle diminuer avec le temps.

7 - Connaître et rendre accessibles les ressources disponibles dans la cité

Les personnes qui se rétablissent sont vues d'abord comme des citoyens avec des compétences, des forces, des intérêts et ressources et doivent contribuer à la vie de la communauté/la cité.

Les personnes qui se rétablissent expérimentent un sens renouvelé d'appartenance au groupe et de reprise du pouvoir sur soi et le monde au travers des activités volontaires, sociales, récréatives, spirituelles, religieuses, éducatives dans la cité. Il s'agit de pouvoir guider la personne sur différentes activités et opportunités de travail dans la ville.

Les soignants doivent aider la personne à découvrir également les lieux de socialisation les plus communs de la cité : bar, restaurant, lieu culturel, fêtes, festival, vide grenier, etc.

Ils doivent forcer l'inclusion sociale notamment concernant, le logement, l'accès au travail, l'éducation.

8 - Identifier et lever les barrières au rétablissement

80 % du travail est d'accompagner la personne à accepter qu'elle a une maladie et qu'elle a besoin d'aide.

Il existe deux grands types de barrières. L'une, externe à la personne, est la stigmatisation et la violence que la société produit au quotidien en direction des personnes malades, par des offres de soins inadéquates, des emprisonnements abusifs et une exclusion sociale massive, qui permet aux personnes, d'être, au mieux, des citoyens de deuxième catégorie. La seconde barrière, est interne à la personne : ce sont les symptômes, mais aussi les traumatismes, et l'incorporation de la stigmatisation.

Les décideurs politiques doivent d'abord comprendre que les soins axés sur le rétablissement sont une réponse à la question des droits civiques et de restaurations de certains droits élémentaires afin de permettre aux personnes de redevenir des citoyens comme les autres. Il s'agit de passer du point de vue du déficit à celui des compétences. Les pratiques et offres de soins qui s'opposent aux principes et valeurs du rétablissement sont identifiés afin de promouvoir une politique de changement dans ses structures.

Des formations, mais aussi de la production de savoir local sur le rétablissement est nécessaire afin d'accompagner les soignants à des pratiques plus proches du rétablissement. Des moyens en terme d'analyse des pratiques et des évaluations co-construites avec les soignants doivent leur permettre de mieux comprendre et pratiquer des soins axés sur le rétablissement, en identifiant leurs propres compétences et capacités.

A ces stratégies qui s'adressent à des personnes en logement, l'équipe, compte tenu de son expérience et des réalités de terrains, a fait de l'accès à un chez soi de qualité une priorité dans les stratégies de rétablissement. Le chez soi est le plus souvent une condition *sine qua non* pour que la personne puisse s'engager durablement dans un projet de soins et de vie, et puisse se rétablir. L'équipe s'appuie sur deux dispositifs qu'elle a mis en place visant à offrir un logement (et non un simple hébergement d'urgence) aux personnes de la rue :

- une expérience originale de lieu de vie semi-communautaire pour les personnes de la rue (*i.e.* : les personnes qui y séjournent ont une chambre privative – un chez soi, et partagent avec les autres résidents des espaces communs comme la cuisine et le séjour). Ce lieu de vie et de soins médico-sociaux (puisque les professionnels de MARSS y interviennent régulièrement), voire d'alternative à l'hospitalisation, permet une continuité des soins et la résolution des problèmes sociaux jusque-là insolubles. Ce lieu représente également la possibilité de réappropriation d'un chez soi favorisant le rétablissement de ces personnes. Treize personnes y séjournent.
- un accompagnement en logement individuel dans des appartements captés par l'association HAS.

En dehors de ces deux dispositifs souvent saturés, l'équipe collabore étroitement avec d'autres structures ou dispositifs, dont le principal est le programme « Un chez soi d'abord », dans lequel plus de 50 personnes adressées par l'équipe MARSS ont accédé à un chez soi individuel durant le cours de notre observation.

Les principes de l'accès au chez soi dans l'équipe MARSS sont :

- prioriser le choix de la personne et non pas les prévisions/prophéties des professionnels quant à la possibilité qu'ont les personnes à s'approprier un chez soi.

- Trouver un lieu décent, dans un quartier qui correspond à la volonté de la personne, avec un loyer raisonnable et avec la possibilité de déménager et de devenir, à terme locataire en titre.
- Pas de contrat de soins mais un contrat relationnel (obligation de se voir).

III - Le processus d'institutionnalisation de MARSS et la justification de l'étude

Les premières descriptions des pratiques (Rowe et al, 1998 ; Rowe et al, 2002) et évaluations des équipes mobiles (Barrow et al, 1991) ciblant des personnes ayant un trouble psychiatrique et une comorbidité addictive (*dual diagnosis*) et se revendiquant du champ de la réduction des risques, ont été réalisées aux Etats-Unis. Ces évaluations sont essentiellement descriptives, comparant le fonctionnement et les pratiques de différents services. En France, la thèse de sociologie de A. Marques (2010) propose une analyse micropolitique d'une EMMP parisienne à partir de laquelle elle a proposé une typologie des modes de prise en charge effectuée par ces dispositifs (prise en charge « passerelle », « expertise », « à part entière »). Selon A. Marquès, les EMPP mobilisent les trois modes de prise en charge, bien qu'elles s'inscrivent préférentiellement dans l'un d'entre eux.

Issue du milieu associatif, l'EMPP MARSS s'est rapidement développée et a étendu son champ d'activités. De fait, elle est actuellement la plus grande EMPP française en termes d'effectifs. La forte présence médicale spécialisée (20% des professionnels de l'équipe contre 8% pour la moyenne nationale (Mercuel & Querimi, 2011) et la présence d'un médecin généraliste à temps plein la différencient également des autres EMPP françaises. Une autre particularité de cette EMPP est la présence de médiateurs de santé (Girard & Handhluber, 2008). Ces derniers sont des personnes ayant à la fois une expérience de la vie dans la rue et une expérience significative de rétablissement d'une pathologie psychiatrique sévère. Ils travaillent à l'interface entre le monde soignant et les personnes utilisatrices du système de soin en santé mentale. Leur présence au sein de l'équipe renvoie à l'idée que les personnes peuvent se rétablir, et peuvent apporter un savoir complémentaire tiré de leurs expériences (Davidson et al, 2009). L'institutionnalisation du dispositif, qui est une condition nécessaire à son développement, amène aussi un certain nombre de contraintes dues au fonctionnement de chacune de ces institutions.

Outre sa composition, MARSS est un dispositif innovant par :

- son modèle théorique psychiatrique – le concept de rétablissement - qui a été construit pour des personnes ayant un chez soi. Ce modèle, quand il s'adresse à des personnes sans chez soi de longue durée, n'a jamais été évalué. MARSS doit donc adapter cette approche d'inspiration anglo-saxonne des soins psychiatriques au contexte spécifique de sa population cible et à la culture soignante locale.
- le modèle de la réduction des risques et des dommages qui sous-tend les pratiques professionnelles.
- une organisation qui prévoit un accompagnement dans les soins et un accompagnement au logement par la *même* équipe.

Dans la perspective d'une diffusion et d'une généralisation à l'échelle nationale du modèle de soins mise en œuvre par ce dispositif innovant, le premier objectif de cette étude est de mener une analyse qualitative afin de décrire son modèle de soins, les fondements théoriques sur

lesquels il repose et les pratiques de travail développées par les professionnels pour s'inscrire ou s'écarter du modèle théorique. Nous nous attacherons aussi à analyser et expliquer les éventuels dysfonctionnements notamment dans l'organisation et la division du travail.

II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'approche retenue est celle d'une recherche action participative visant à améliorer les actions des membres d'une communauté (la communauté étant entendue ici comme le milieu de travail, mais aussi les personnes « malades » et/ou ayant expérimenté la maladie) par leur participation au processus de recherche global.

Dans un premier temps, il a été conduit une enquête ethnographique par deux anthropologues ayant une expérience approfondie de la méthode ethnographique et des enquêtes en milieu soignant. Un des anthropologues est salarié par l'équipe depuis janvier 2011 pour mettre en place (entre autres) une évaluation sur le long terme.

Une analyse des matériaux recueillis a été proposée aux acteurs lors de deux réunions animées par les anthropologues. Cependant, l'enquête procédant par itération, et le processus d'analyse étant continu depuis de début de l'enquête (voir infra, analyse des données), les chercheurs ont fait part de leurs analyses et hypothèses de manière répétée aux professionnels de l'équipe, lors de trois présentations orales, mais également lors de rencontres informelles que permet la position de salarié de l'équipe (notamment par la participation à des réunions de fonctionnement et par le partage des temps de pauses).

I - Objectifs

Cette recherche action a pour objectif d'évaluer un dispositif de soins innovant : le programme MARSS et ses différents champs d'intervention.

MARSS est une EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) conçue comme un programme expérimental, en voie d'institutionnalisation et soumis à une évaluation scientifique, ce qui justifie de l'analyser à plusieurs niveaux :

I - 1 - Décrire et analyser les cultures soignantes et le modèle de soins

Le modèle de soin mis en œuvre par l'équipe MARSS intègre des pratiques biomédicales de soins et d'accompagnement des personnes originales au regard des pratiques actuelles de la psychiatrie française qui ne s'appuie pas sur le modèle de la réduction des risques et des dommages et sur celui du rétablissement. Ce qui conduit à analyser les pratiques des professionnels afin de mettre au jour :

- les spécificités du travail de rue, afin de théoriser ce modèle de prise en charge médico-social.
- les représentations des professionnels de leur rôle
- les normes et valeurs professionnelles dans lesquelles sont socialisés les professionnels qui intègrent MARSS
- la nature des interactions avec les autres professionnels des champs sanitaire et social (soignants, travailleurs sociaux, policiers, etc.) afin d'évaluer la capacité de cette structure innovante à s'insérer dans les réseaux de soins (formels ou non).
- la nature des interactions des professionnels de MARSS avec les personnes dites « de la file active ».

I - 2 - Conduire une évaluation du processus (process evaluation)

L'évaluation du processus consiste à décrire et analyser une offre de soins (le programme MARSS) et le recours à cette offre de soin avec l'objectif d'identifier des composantes clefs. Il s'agit d'une approche descriptive et compréhensive. En d'autres termes, il s'agit d'ouvrir la « boîte noire » d'une intervention en santé pour explorer les ressorts de l'intervention auprès du public cible.

L'évaluation du processus met l'accent sur les pratiques des professionnels impliqués dans le dispositif, mais aussi sur les lieux dans lesquels sont délivrés les services, l'organisation du travail et la nature des activités, et d'autres facteurs contextuels (locaux et généraux) pouvant influencer les résultats de l'intervention, et modifier les stratégies développées par les acteurs afin d'améliorer le dispositif.

II - Moyens et méthodes

II - 1 - Recueil de données

La démarche anthropologique mise en œuvre dans cette recherche repose sur une méthode de production des données : l'enquête de terrain ou méthode ethnographique, fondée sur l'imprégnation, l'observation et l'entretien. Elle se veut au plus près du quotidien des acteurs, dans une situation d'interaction prolongée, afin de décrire des faits (observés ou entendus) de façon aussi complète que possible et de s'intéresser aux dimensions peu visibles, peu connues, implicites voire non conscientes des actions et des interactions (Schwartz, 1993).

L'enquête ethnographique a mobilisé les principales méthodes de recueil de données, de façon complémentaire et non exclusive. Une présence assidue des chercheurs au sein de l'équipe a permis une observation sur un temps long, et de nombreuses conversations informelles aussi bien avec les professionnels de l'équipe qu'avec les patients. Conjointement, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des professionnels, des patients, des partenaires de l'équipe. Enfin, plusieurs études de cas ont été menés en recoupant les dossiers médicaux des patients avec les discours des soignants lors des réunions de staff, les entretiens et les séquences d'observation.

Chacun de ces corpus est détaillé ci-dessous.

II - 1 - 1 - Observations

Un important recueil de données par observation a été assuré par une présence longue et régulière au sein de l'équipe. Il s'agissait soit d'observations participantes, soit de séquences d'observation pure où le chercheur se tient en retrait de l'action en cours, sans y intervenir. Bénéficiant d'un bureau dans les locaux de l'équipe, nos observations se sont prolongées, « malgré nous », durant les phases d'analyse et d'écriture du rapport nous permettant de confronter nos analyses avec les membres de l'équipe, et d'évaluer leur pertinence au regard des changements apparus dans l'équipe, ou en cours.

L'objectif de cette observation prolongée était de décrire les pratiques de l'équipe dans leur diversité, d'étudier finement le travail quotidien, d'observer les interactions avec les autres professionnels (dans et hors de l'équipe), les relations avec les personnes prises en charge par l'équipe, d'observer une large diversité de situations auxquelles sont confrontées les professionnels.

Les séquences d'observation ont eu lieu à raison de **deux ou trois journées de présence par semaine entre le 1er janvier 2011 et 31 juillet 2012**⁶. Durant ces séquences les chercheurs ont participé à l'ensemble des activités de l'équipe en intra-hospitalier et extra-hospitalier.

En extra-hospitalier, les activités observées furent :

- les tournées de rue (38),
- les visites à domicile (5),
- les consultations médicales (5),
- les permanences sociales (2),
- l'accueil des personnes dans les locaux de MARSS
- les lieux où des membres de l'équipe assurent des permanences (boutique solidarité et l'UHU Forbin).
- les accompagnements de patients lors de démarches du quotidien (banque, poste, sécurité sociale...), les accompagnements dans les soins (5)
- l'activité à l'intérieur du Marabout, soit 13 journées passées du matin jusqu'au soir dans le lieu, auxquelles s'ajoutent des temps plus courts de participation aux repas communautaires et les visites aux personnes hébergées.

En intra-hospitalier, les activités observées furent :

- les visites rendues aux patients hospitalisés, à Ste Marguerite et dans les autres hôpitaux
- quelques réunions du staff hebdomadaire du service Vega auquel est rattachée l'équipe MARSS (8), plus deux à Centaure,
- une observation de l'activité des médiateurs de santé et, en particulier, les réunions communautaires hebdomadaires (7) qu'ils assurent et les entretiens individuels qu'ils donnent (2).
- une observation des urgences psychiatriques de la Conception par l'accompagnement de 18 heures à 2 h d'un psychiatre de l'équipe (2 gardes), et des urgences de l'hôpital Nord (1 garde)
- une observation du service Vega par une présence continue du matin jusqu'au soir (5 journées)

Nous avons réalisé une observation des différentes réunions tenues par l'équipe :

➤ Les réunions de fonctionnement hebdomadaires portant sur l'organisation du travail en équipe.

Il s'agissait ici d'une réelle observation participante puisque nous avons été impliqués activement dans le fonctionnement de l'équipe. Ces réunions ont été l'occasion de partager certaines de nos analyses avec l'équipe, en particulier concernant les dysfonctionnements que nous avons pointés. Nous avons observé/participé à une vingtaine de ces réunions.

Les observations ont porté préférentiellement sur : les représentations des professionnels de leurs rôle et missions ; les négociations impliquant une dynamique des identités professionnelles de chacun et de l'identité de l'équipe ; les différentes conceptions du travail en équipe, et les négociations autour de ces différentes visions ; les orientations théoriques du travail de l'équipe.

➤ Avec les mêmes objectifs et les mêmes angles d'observation, nous avons participé à 8 « supervisions » de l'équipe par une psychologue extérieure à l'EMPP.

⁶ Aline Sarradon-Eck est entrée sur le terrain le 1^{er} février 2011 et Cyril Farnarier le 1^{er} septembre 2011

➤ Les réunions de suivi des personnes de la file active (staffs) où se décide et s'ajuste la prise en charge médico-sociale des personnes suivies.

En raison de l'activité de l'équipe, ces réunions de suivi des patients sont relativement nombreuses. En effet, il existe quatre réunions de ce type par semaine, auxquelles seuls participent les professionnels concernés par l'activité en question : 2 staffs de File Active pour les personnes suivies dans la rue – l'un pour les urgences/suivis intensifs/personnes hospitalisés, l'autre pour les suivis habituels ; un staff pour les personnes hébergées dans la résidence accueil où l'équipe intervient ; un staff pour les personnes hébergées en appartement thérapeutique. Nous avons observé une trentaine de staffs « personnes de la rue », et une dizaine de staffs « personnes hébergées ».

Ces observations de staffs ont porté préférentiellement sur le discours des professionnels : leur mise en récit des situations de personnes vivant dans la rue ; la caractérisation des cas et le type de réponse (en termes de prise en charge) donnée ; les catégorisations formelles et informelles des personnes et des situations ; les éléments entrant dans la décision médicale/sociale. Ces staffs ont été enregistrés pour 25 d'entre eux, en association avec une prise de note systématique complémentaire, afin d'être analysés plus finement.

Cette équipe a une diversité d'activité et un nombre relativement important de lieux d'intervention. Ainsi, pour comprendre le quotidien des professionnels au plus près de leur activité immédiate, une méthodologie particulière a été mise en place. En plus d'une méthodologie classique d'observation participante, un des chercheurs a suivi sept des professionnels de l'équipe, « pas à pas », pendant une semaine chacun. Cette méthode a permis de percevoir au mieux l'agencement des différents registres d'activité d'un professionnel au cours d'une journée, de pénétrer les différents lieux où ils interviennent, d'observer les interactions (en particulier avec les personnes de la file active), et de rencontrer un nombre important de professionnels des structures partenaires.

➤ D'autres réunions et rencontres avec des structures partenaires (ADJ, MDM, SOS voyageurs, police nationale) ou avec des structures exerçant des activités analogues (EMPP de Marseille, d'Aix-en-Provence, de Bruxelles) ont été l'occasion d'observer la manière dont les professionnels de l'équipe présentent leur travail, leurs difficultés, leurs orientations théoriques.

Avec le même objectif, nous avons suivis les médiateurs de MARSS dans leur participation à un groupe de travail sur la construction d'un référentiel-métier et d'une charte éthique pour le métier de médiateur de santé, durant quatre journées espacées chacune de deux mois.

Enfin, l'observation du quotidien de l'équipe MARSS comporte aussi une observation des temps « hors travail » (pauses, trajets, repas) qui sont souvent l'occasion pour les professionnels de reparler (et parfois de re-qualifier) des situations de patients. Ces temps sont aussi des occasions d'exprimer les ressentis par rapport à certaines situations de patients, aux interactions soignants/soignés, aux interactions entre professionnels de l'équipe ou avec d'autres professionnels de structures partenaires.

II - 1 - 2 - Entretien avec les professionnels de l'équipe

Des entretiens formels semi-directifs et des conversations informelles ont été conduits avec les professionnels de l'équipe. La particularité des entretiens ethnographiques est de se rapprocher le plus possible d'une situation d'interaction banale comme la conversation afin de créer une situation d'écoute telle que l'informateur et le chercheur puissent disposer d'une liberté de propos et ne soit pas en situation d'interrogatoire (Olivier de Sardan, 2009). Si le chercheur dispose d'un canevas d'entretien comprenant des thèmes à aborder (et non une

grille d'entretien), l'entretien conserve la dynamique propre d'une conversation. Le canevas d'entretien a abordé différents thèmes afin d'obtenir des informations complémentaires sur leurs parcours professionnels, leur trajectoire personnelle, leurs motivations à travailler dans cette équipe et leurs attentes, leur point de vue sur les pratiques et le travail d'équipe.

Ces entretiens semi-directifs ont été menés avec 25 professionnels de l'équipe dont 13 travaillent toujours dans l'équipe. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'une heure (soit environ 30 heures d'entretiens), ont été enregistrés et retranscrits avant d'être analysés.

En raison de l'activité de cette équipe et de la diversité de ses lieux d'intervention, les entretiens ont été menés dans différents lieux (locaux de l'équipe, domicile des chercheurs, café...). Les conditions de passation des entretiens avec les professionnels n'ont pas toujours été idéales. Les deux principales gênes qui ont été rencontrées concernent la disponibilité des professionnels et la disposition des locaux. En effet, afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'équipe, les entretiens ont été conduits en semaine, le plus souvent l'après-midi, sur le temps de travail des professionnels. Ainsi, les entretiens sont souvent interrompus par des appels téléphoniques et/ou l'irruption d'un autre membre de l'équipe dans la pièce. Ils sont bien souvent contraints par les impératifs temporels de l'activité professionnelle : ceux menés en fin de journée font état de la fatigue accumulée tout au long de la journée ou à l'inverse, ceux menés en milieu de journée sont contraints par les activités à venir (rendez-vous, consultation, etc...). Dans le même temps, ces contraintes de réalisation ont souvent permis aux professionnels de formuler des commentaires sur leur activité, saisie « sur le vif » (par exemple : explicitation de l'appel téléphonique qui a interrompu l'entretien ou demande d'explication sur l'information donnée par un autre professionnel faisant irruption dans la pièce).

Des entretiens semi-directifs ciblés sur certaines problématiques (hospitalisations sous la contrainte, accueil des personnes accompagnées aux urgences par l'EMPP) ont été menés avec 3 professionnels (un psychiatre, un généraliste, une infirmière), soit environ 10 heures d'entretiens.

II - 1 - 3 - Entretiens avec les personnes suivies par l'équipe

L'objectif de ces entretiens est de retracer le parcours de vie et la trajectoire de personnes prise en charge par l'équipe. La perspective est double : d'une part, identifier les processus qui ont conduit la personne à l'exclusion sociale et au non recours au système de soins ; d'autre part, examiner la relation de confiance (ou son absence) entre la personne et l'équipe, et les éléments qui participent à la construction de la relation soignant-soigné dans le contexte spécifique de la population cible et des activités de l'équipe.

A ce jour, dix entretiens ont été menés avec des patients. Pour des raisons de confidentialité du discours et des interlocuteurs vis-à-vis de l'équipe soignante, les chercheurs ont évité de conduire ces entretiens dans les locaux de l'équipe. Ils ont donc majoritairement été menés dans des espaces publics (café, rue) rendant parfois difficile les conditions d'échange (trop de bruit environnant) ou le lieu peu propice au développement de sujet sensibles ou intimes.

Si la plupart de ces entretiens ont été enregistrés, certaines personnes ont refusé l'enregistrement et une reconstruction du discours a du être effectuée à posteriori à partir des notes prises pendant l'entretien.

A ce jour, les personnes interrogées occupent des positions diverses par rapport au dispositif que représente l'équipe MARSS : 2 sont hébergées dans la résidence accueil, 6 sont en appartement, une squat un garage et une est en CHRS.

Les personnes interviewées ont été choisies selon plusieurs critères : leur capacité à tenir une conversation ; la relation développée avec le chercheur ; le parcours de vie de la personne (connu au préalable par le chercheur) ; l'ancienneté de la prise en charge par l'équipe.

Ces entretiens nous ont permis de préciser la nature de la relation soignant-soigné et les modalités de recours aux dispositifs MARSS. Cependant l'ensemble de ces données n'a pas encore été analysé.

II - 1 - 4 - Triangulation par les données

Afin de recouper des informations, mais aussi pour rechercher des discours contrastés, nous avons combiné nos sources principales de données citées précédemment avec d'autres sources ou mode de recueil :

- Procédés de recension : il s'agit dans cette partie de l'enquête de recueillir des données quantitatives permettant des mesures ciblées de la mise en œuvre du programme. Les données relatives à l'activité des professionnels ont été colligées dans le rapport d'activité de l'année 2011. Des données relatives à des indicateurs de suivi (en construction) sont en cours de recension. Ces données sont extraites des dossiers patients informatisés, ainsi que des comptes-rendus des staffs.

- Entretiens avec des structures partenaires : en complément des observations effectuées dans ces structures, des entretiens ont été conduits avec des personnes intervenant dans deux structures d'accueil de nuit s'adressant au même public que l'EMPP. Pour l'une des structures, un entretien collectif a été mené avec l'ensemble du personnel de la structure présent ce jour-là (11 personnes). Pour l'autre, l'entretien a été conduit avec le directeur et une infirmière. Ces entretiens visaient à mieux comprendre la dynamique partenariale : ce que les structures connaissent des activités de l'EMPP, comment elles travaillent avec l'EMPP, ce qu'elles souhaiteraient développer en terme de partenariat. Ces entretiens sont également l'occasion d'entendre d'autres discours sur la prise en charge des personnes de la file Active, et d'autres orientations théoriques.

- Des études de cas sur dossiers (une dizaine) sont également en cours de réalisation. Il s'agit de retracer la trajectoire des personnes depuis leur rencontre avec l'EMPP pour évaluer les effets du programme sur les bénéficiaires (les personnes prises en charge par l'EMPP).

II - 2 - Analyse des données

Les données recueillies au cours de cette enquête sont :

- Des descriptions ethnographiques des lieux de soins, des lieux d'attentes (paroles, gestes, attitudes, etc.), des pratiques.
- Des discours : les réunions; les interviews (enregistrés) et discussions informelles, les interactions verbales et/ou écrites entre soignants, avec des patients.

Dans l'enquête ethnographique, l'interprétation des données recueillies repose sur une approche inductive et procède par itération. Cela signifie que chaque séquence d'observation, chaque entretien sont autant d'occasions de trouver de nouvelles pistes de recherche, de modifier les hypothèses et d'en élaborer de nouvelles (Olivier de Sardan, 2009). Cette approche, théorisée par Glaser & Strauss sous le concept de Grounded theory (1967) est une stratégie d'analyse des données qui repose sur l'idée que l'analyse du matériel qualitatif est un processus continu de comparaisons qui débute à la première entrevue/observation et se poursuit jusqu'à la fin du recueil des données. Ce processus de comparaisons constantes fait émerger de nouvelles catégories thématiques non prévues par les chercheurs, en plus de celles esquisser par la problématique initiale.

Les catégories thématiques organisent le corpus en le structurant et permettent de rassembler les éléments de l'enquête et de les analyser ensuite dans une perspective verticale (par enquête ou par séquence d'observation) et transversale.

Nous avons croisé l'analyse des données ethnographiques basée sur la grounded theory avec celle inspirée de l'évaluation du processus à l'instar de celles qui sont conduites dans l'évaluation de la mise en œuvre de politiques de santé publique, de dispositif de soins, d'essais cliniques etc. Les huit points sur lesquels doivent se focaliser l'évaluation du processus⁷ :

1. *Le contexte* social, économique et politique de l'intervention pouvant influencer sa réalisation.
2. *La portée* de l'intervention, ou comment peut-elle atteindre ou être reçue par le groupe cible.
3. *Les procédures de recrutement* des participants potentiels.
4. *Le maintien* des participants impliqués dans l'intervention, ou comment l'activité est mise en œuvre par les professionnels et les différents acteurs institutionnels.
5. *Les ressources* matérielles ou humaines pour que le projet atteigne ses objectifs.
6. *Les obstacles* pour atteindre le groupe cible de l'intervention ou les dysfonctionnements, afin d'ajuster éventuellement les modalités de prise en charge du dispositif.
7. *La réception* par le groupe cible des services proposés et l'engagement des participants dans les activités proposées (ce qui comprend l'utilisation qui est faite des services par les bénéficiaires).
8. *La fidélité* (ou les variations) de l'intervention au programme initialement prévu.

⁷ Selon Baranowski et Stables (2000) et Linnann et Steckler (2002)

Les points 1, et 7 seront succinctement évoqués car nous ne les avons pas suffisamment investigués. Précisons que le plan du rapport n'est pas organisé selon cette grille d'analyse, mais selon la description ethnographique des activités de MARSS. Dès lors, les points ci-dessus sont combinés et se retrouvent à chaque niveau de la description.

Pour illustrer nos analyses, nous citons régulièrement dans ce rapport des extraits d'entretiens formels (codés E), des notes de terrain (codés NT). Les propos des professionnels de l'EMPP sont transcrits en italique. Par souci d'anonymisation, les caractéristiques socio-démographiques (genre, âge, profession) ne sont pas précisées, sauf si elles apportent un élément important pour la compréhension ou l'analyse.

III - RÉSULTATS :

DESCRIPTION DES PRATIQUES

I - Le projet de soin

I - 1 - Population cible

Le dispositif MARSS s'adresse à **des personnes « sans chez-soi chronique »** (selon la formule consacrée en usage dans l'équipe) **atteintes de troubles psychiatriques sévères et éloignées du système de soin**. Les personnes cibles de l'activité de cette équipe doivent alors répondre à ces quatre critères :

- Être sans chez-soi, c'est-à-dire ne pas avoir de lieu de vie personnel (cela comprend les personnes sans domicile dormant dans la rue ou dans les centres d'hébergement d'urgence, dans leur voiture, ainsi que celles vivant en hôtel meublé, en squat, etc...).
- Être dans cette situation de façon « chronique », c'est-à-dire être sans chez-soi depuis plusieurs années sans avoir de possibilité d'en sortir par ses propres moyens.
- Être atteintes d'un trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, bi-polarité ou graves troubles de l'humeur)
- Être éloignées du système de soin, c'est-à-dire ne pas être déjà suivies au moment de la rencontre, et depuis plusieurs semaines ou mois, par une autre structure de santé mentale (généralement CMP) et, pour un certain nombre de raisons sur lesquelles nous reviendrons, ne pas y avoir un accès immédiat.

Les conditions du recrutement dans la File Active

Il existe différentes modalités de recrutement pour qu'une personne intègre la file active de l'équipe (orientation par un service tiers, procédure de signalement, venue autonome aux consultations), mais la principale d'entre elles reste la rencontre au cours des « tournées de rue ».

Au cours de l'année 2011, **322** personnes ont bénéficié des services de l'EMPP. Ce chiffre correspond aux personnes pour lesquelles un dossier médical a été ouvert. Cette file active est composée à 80,5% d'hommes pour 19,5% de femmes. L'âge médian est de 42 ans⁸⁹.

Ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes avec lesquelles l'équipe peut avoir des contacts répétés sur un temps court mais pour lesquelles il n'y a pas eu de réel suivi engagé. Il peut s'agir soit de personnes « de passage » sur la ville et qui se déclarent comme tel, et avec lesquelles plusieurs rencontres auront lieu sur un temps court (le temps de son passage à Marseille). Soit, il s'agit de personnes présentant plusieurs critères de la file active mais pour lesquelles l'action de l'équipe consiste essentiellement en une réorientation, un accompagnement ou une mise en relation avec une autre structure.

De même ne sont pas inscrites dans la file active les personnes rencontrées dans le cadre des différentes permanences que tiennent les professionnels ou dans le cadre du travail « en intra » réalisé à l'hôpital par les médiateurs de santé.

⁸ Ecart type = 12,4. Age minimum = 20 ; age maximum = 81.

⁹ Pour plus de détails sur la composition de la file active, notamment les données épidémiologiques, se référer au rapport d'activité 2011.

I - 2 - Les différentes étapes du projet de soin

Tel qu'il existe aujourd'hui, le dispositif MARSS, peut être considéré comme un dispositif de prise en charge « à part entière » selon la classification de A. Marquès (Marquès, 2010). En ce sens, les différentes composantes du dispositif se présentent comme une filière de soin spécifique pour une personne vivant dans la rue qui y sera suivie jusqu'à son rétablissement psycho-social avec résidence en appartement privé.

Le parcours idéal typique de ce processus se compose alors des étapes suivantes. *Ces différentes étapes, dans leurs finalités et les pratiques professionnelles qu'elles engendrent sont détaillées plus loin dans ce rapport.*

1- Contact

Le premier contact avec la personne se fait le plus souvent dans la rue, au cours d'une tournée de l'équipe. Mais ces prises de contact peuvent aussi se faire dans un des lieux où l'équipe intervient par le biais de permanence ou pour des interventions ponctuelles et ciblées (ADJ, Centre d'hébergement d'urgence, hôpital...).

2 - Engagement dans le suivi

Les premiers contacts servent à faire un premier état des lieux rapide de la situation dans laquelle se trouve la personne : état physique et psychique, situation sociale.

Cette première évaluation de la situation permet aux membres de l'équipe de définir si la personne correspond aux critères de la file active ou non. Si tel est le cas, l'équipe engage alors un suivi de cette personne et de sa situation. Il s'agit principalement de rencontrer régulièrement cette personne pour suivre l'évolution de sa situation et l'accompagner dans ses démarches de rétablissement. Suivant ce qu'exige la situation, la régularité des rencontres peut aller de plusieurs fois par semaine à une fois par mois.

3 - Accès aux soins et aux droits sociaux

Les deux actions à mener en priorité sont le rétablissement des droits sociaux de la personne et l'accès aux soins psychiques et somatiques.

Du fait de l'errance dans laquelle se trouvent bon nombre de personnes auxquelles s'adresse l'équipe, elles n'ont bien souvent plus aucun droits sociaux à jour. Il s'agit donc dans un premier temps de faire le bilan de ce à quoi la personne a actuellement accès, ce à quoi elle a potentiellement droit. Ces droits concernent alors autant les questions de santé (CMU, AME, 100%...) que les revenus (RSA, AAH...) ou la situation juridique et administrative de la personne (demande d'asile, titre de séjour, recours au titre d'étranger malade, ...).

L'accès aux soins se répartit entre plusieurs pratiques (décrites dans plus loin dans ce rapport) :

- une première évaluation de l'état de santé directement dans la rue avec éventuellement l'administration des premiers soins
- l'établissement ou le rétablissement des droits sociaux de remboursement de soins
- l'accompagnement matériel et physique dans des services de santé (CMP, urgences psychiatrique, services hospitaliers, PASS...)

- La tenue de consultations psychiatriques et somatiques dans les locaux de l'équipe, à raison d'une demi-journée de consultation par semaine (le mardi après-midi).

4 - Accompagnement au logement

La notion d'accompagnement au logement regroupe deux notions, deux actions menées conjointement dans le temps.

- Permettre à la personne de disposer d'un espace de vie personnel et sécurisé, un « chez soi » selon l'appellation en vigueur dans l'équipe. Pour cela le dispositif MARSS dispose en propre de 17 appartements répartis dans différents arrondissements de la ville et d'un lieu de vie collectif comprenant 13 chambres (La résidence accueil « Le Marabout »). Les appartements comme le Marabout sont gérés en partenariat avec l'association Habitat alternatif social (HAS).
- Une fois la personne dans l'un ou l'autre de ces dispositifs (Marabout ou appartement) un travail d'appropriation du lieu et de réapprentissage à disposer d'un espace privatif est réalisé par les professionnels, par le biais de visites à domicile et « d'activités » cuisine, ménage ou autre.

5 - Accompagnement au rétablissement

La notion de rétablissement est à la fois au cœur du projet du dispositif MARSS et en même temps au centre de nombre d'interrogations. Le terme de « rétablissement » est une traduction imparfaite de la notion anglosaxonne de « recovery ».

Il peut être entendu comme la notion miroir de la guérison en santé somatique. Pour autant, il ne s'agit pas de guérir mais d'apprendre à *vivre avec* la maladie. D'en maîtriser les symptômes et de reconstruire un mode de vie adapté à ces nouvelles conditions d'existences.

En pratiques il s'agirait pour l'équipe d'accompagner la personne dans les différentes étapes du rétablissement suivantes :

- acceptation de la maladie
- autogestion des symptômes et des traitements
- lutte contre la stigmatisation
- travail sur l'émergence et l'élaboration d'un projet de vie
- donner de l'espoir et faire remonter l'estime de soi

Ces différents éléments constituent un processus qui n'est ni chronologique ni linéaire et dont les principaux fondements sont de s'appuyer les compétences de la personne et que celle-ci soit au centre des décisions et des actions entreprises (Deegan, 1997 ; Provencher, 2002 ; Davidson *et al.*, 2009).

Les outils thérapeutiques dont disposent les professionnels pour effectuer cet accompagnement sont : la psychoéducation, le *counseling* et toutes les activités de *care* que nous détaillons plus loin.

II - Pratiques de l'équipe

II - 1 - Travail de rue et psychiatrie hors les murs

Une des principales caractéristiques de cette équipe réside dans le fait d'être une équipe de l'AP-HM qui travaille « hors les murs » de l'institution hospitalière. Cette idée de « hors les murs » se décline à différents niveaux : 1) intervention en dehors des murs d'un service particulier, et en dehors des murs de l'institution hospitalière en général ; 2) intervention ambulatoire au sein d'autres structures partenaires ou dans des appartements privés, ou encore interventions à ciel ouvert, directement dans la rue.

Cette variabilité des lieux d'intervention, est à rattacher directement à la notion d'« aller vers », en tant que modalité particulière d'intervention auprès des personnes sur leur lieu de vie, et non dans les services de soins ou de consultation, soit des formes de « visites à domicile » (Girard, 2004).

II - 1- 1 - L'organisation du travail de rue & psychiatrie hors les murs

Historiquement, cette équipe s'est construite autour du « travail de rue ». C'est par les maraudes de la mission sans-abri de Médecin du Monde que les membres fondateurs de cette équipe se sont rencontrés. C'est en prenant appui sur ce premier dispositif qu'une mission santé mentale fut créée au sein de l'ONG avant que ce petit groupe ne prenne progressivement son autonomie et soit rattaché à l'AP-HM.

Ce « travail de rue » qui se trouve au cœur de l'action d'un certain nombre d'institutions ou qui consiste en des missions particulières de certaines structures peut prendre des formes très variées en fonction de qui le fait, de comment il est organisé et des objectifs qui y sont rattachés. Il est donc important de décrire les pratiques concrètes.

A - Les staffs

Le « staff rue » est une réunion hebdomadaire qui implique tous les professionnels de l'équipe amenés à intervenir dans la rue, au cours de laquelle sont présentées les situations des différentes personnes suivies par l'équipe depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, celles des nouvelles personnes rencontrées par l'EMPP, où les signalements reçus au cours de la semaine précédente sont repris, et où sont discutées les modalités de l'intervention médico-sociales.

➤ *Le cadre situationnel (Goffman, 1991)*

Pendant la durée de l'observation sur laquelle repose les analyses présentées dans ce rapport, les locaux de cette équipe sont situés dans un vieil appartement d'un immeuble du centre ville qui n'a pas été aménagé pour l'utilisation qui en est faite. Le lieu dans lequel se tient cette réunion est un espace qui a de multiples fonctions (réunion, salle à manger, salle d'attente, bureau du coordinateur...) ce qui en fait un espace banalisé dans lequel sont absentes les marques habituelles des espaces dédiés aux soins. De plus, tous les participants sont assis dans des canapés disposés autour d'une table basse et un psychiatre est assis derrière le seul bureau de la pièce pour saisir les observations sur le dossier-patient informatisé. Pour une simple raison de convivialité, un café est généralement mis à disposition des uns et des autres

sur la table basse. De grands tableaux blancs quadrillés, de type « tableaux d'organisation »¹⁰, sont accrochés aux murs avec les listes des personnes suivies (première colonne), et des informations et objectifs de l'équipe relatifs à ces individus dans les colonnes suivantes. Il existe un tableau par « pôle » d'activité (rue, marabout et appartement, personnes hospitalisées).

Tous les professionnels ont le même droit à la parole et à la prise de décision. En effet, de part le modèle de soins que cette équipe a choisi, le travail médical n'est pas surplombant par rapport au travail social et les hiérarchies tendent à être estompées. Même si, *in fine*, la décision revient aux médecins, l'équipe revendique le fait que la parole des professionnels non médicaux ait un poids équivalent à celle des médecins.

➤ *Evolution et organisation*

Une fois par semaine, l'équipe passe en revue l'intégralité des personnes qu'elle suit pour évaluer chaque situation, suivre son évolution, établir les priorités d'action. Trois réunions distinctes existent, en fonction des situations possibles dans lesquelles se trouvent les personnes suivies par l'équipe. « Réunion appartement », pour les personnes logées en appartement privatif, « réunion Marabout » pour celles hébergées dans le lieu de vie semi-collectif et « réunion rue » pour celles sans chez-soi.

Au cours de notre période d'observation l'organisation de ces « réunions rue » a évolué. En janvier 2011, il existait une seule réunion au cours de laquelle l'ensemble de la file active de l'équipe était examiné, c'est-à-dire toutes les personnes suivies dans la rue, celles hospitalisées et celles hébergées au Marabout.

La structuration de l'équipe, la montée en charge du nombre de professionnels et l'accroissement de la file active ont conduit, au moment du déménagement du Marabout du 46 rue Curiol vers le 35 de la même rue, à diviser cette unique réunion file active en deux. Une réunion pour les personnes suivies dans la rue le lundi après-midi et une pour les personnes hébergées au Marabout le mardi matin. Les discussions autour des personnes logées en appartement individuels se tenaient de façon informelle jusqu'en décembre 2010, avant qu'un « pôle chez soi » soit constitué en janvier 2011 et qu'une réunion spécifique pour les personnes logées en appartement soit mise en place, le mercredi matin.

Mais la poursuite de ce mouvement d'amplification de l'équipe et du nombre de personnes suivies a rapidement rendu impraticable ce calendrier des réunions de rue. La « réunion rue » du lundi après-midi a, à son tour, été divisée en deux parties : une « réunion rue urgence », le lundi matin de 9h à 10h30, où sont examinés les signalements, les urgences et les suivis intensifs, les nouveaux contacts et les personnes hospitalisées et une « réunion rue file active » le lundi de 16h à 17h où sont évoquées les personnes suivies dans la rue de façon « régulière ».

Cette organisation des réunions est demeurée inchangée jusqu'en décembre 2012. Ne sont abordés dans cette section que les éléments concernant les « réunions rue ».

¹⁰ Ces tableaux, intermédiaires entre l'affichage du dossier médical puisqu'ils contiennent le diagnostic, et le « tableau de bord » de gestion d'entreprise puisqu'y sont aussi notés les indicateurs de l'action de l'équipe, sont inspirés des techniques nord-américaines de l'Assertive Community Treatment.

➤ *Identification des personnes*

Lors de ces « réunions rue », notamment dans le traitement des signalement reçus depuis un service extérieur ou lors de l'évocation des « nouveaux contacts » de la semaine passée, l'un des objectifs est d'arriver à identifier les personnes dont il est question. En effet, contrairement à ce qui se passe dans la majorité des services hospitaliers, où les personnes sont « fixées » et identifiées et peuvent donc être désignées par leur nom ou par leur numéro de chambre, ici les personnes suivies par l'équipe sont mobiles et, pour une partie d'entre elles, leur identité est inconnue. Il est donc important pour les différentes personnes présentes dans la réunion de s'assurer qu'elles parlent de la même personne, tout particulièrement pour ce qui est des « nouveaux contacts ». Sont appelés « nouveaux contacts » les personnes qui sont rencontrées pour la première fois par un des membres de l'équipe.

Le premier constat, est que la manière de saisir la réalité d'une personne diffère de celle des staffs médicaux « classiques ». On n'observe pas d'effet microscope comme dans les staffs médicaux (avec une vision centrée sur un organe ou une pathologie) mais une vision élargie de la personne avec une équivalence des aspects sociaux de la situation décrite par rapport aux aspects biologiques ou anatomiques. Sont alors évoqués lors des présentations, à la fois :

- la description physique de la personne (y compris vestimentaire) pour que les autres professionnels la reconnaissent lors de leur tournée,
- la description des symptômes observés (recoupe souvent à la description physique) comme argumentation de la nécessaire intervention de l'EMPP,
- les circonstances de la rencontre qui apportent des arguments supplémentaires pour l'évaluation de la symptomatologie,
- mais aussi les capacités de survie de la personne dans la rue au moment de la rencontre, son histoire personnelle, son environnement social et le risque que représente pour elle un temps supplémentaire passé dans la rue,
- et d'autres éléments qui composent sa situation sociale : connaissance de son identité réelle, la possession de papiers d'identité, sa couverture sociale (CMU, AME, AMU...), les ressources dont elle dispose (AAH, RSA...), la régularité ou non de sa situation de présence sur le territoire, etc...

Les matériaux ethnographiques montrent que ces présentations sont de véritables mises en récit.

M : Une patiente qu'on a vu à la Madrague, qui doit trainer rue d'Italie, qui doit avoir un peu moins de 50 ans, des cheveux gris, un air un peu de none, des joues un peu rouges (elle mime l'attitude)

I1 : je vois sœur Marie-Thérèse des Batignoies d'un coup

M : c'est ça !elle a vraiment une tronche de bonne sœur défroquée (...)

I2 : elle est grosse ou mince ?

M : moyenne, mais elle a un visage avec des joues quand même. Et en fait, quand je l'ai vu, elle avait des casques sur les oreilles avec des boules quiès à l'intérieur et elle était... les grimlins qui lui posaient un peu des soucis

I2 : les grimlins ?

M : ouais ; elle était complètement mal. En gros, ce qui avait décompensé, c'est qu'elle a passé le code et elle a commencé à apprendre à conduire et là, c'est partie en couilles parce qu'elle a pris un cours de voiture où on lui a dit « mais arrêter de pencher à gauche » et depuis elle est persuadée que dans son oreille, il y a un problème. Donc elle était à Marseille pour voir, je ne sais pas si elle de Marseille ou pas. Elle m'a dit des choses contradictoires, elle m'a dit qu'elle a dormi à Jeanne Panier, j'ai appelé Jeanne Panier, ils ne la connaissaient pas. Elle m'a dit qu'elle connaissait Edouard Toulouse, j'ai laissé un message pour savoir s'ils la connaissaient ou pas... donc voilà, elle est complètement délirante, dissociée, très très mal, donc voilà ! Donc elle avait ses boules quiès, le machin par dessus pour ne pas entendre les Grimlins et elle avait arrêté tous

les médicaments parce qu'on lui avait dit que ça perturbait l'oreille interne. Donc en plus elle était dans un délire de mégalomanie par rapport à la Madrague de loger tout le monde...enfin, elle était complètement pas bien. [NT]

Comme l'a montré Byron Good (1998), c'est la mise en récit par les soignants qui construit leur perception d'une personne en tant que patient, ou dans cette équipe, en tant que personne relevant de leur file active. Lors de ces mises en récits, diverses figures rhétoriques et stratégies discursives sont mobilisées et produisent des interprétations visant le cas échéant à convaincre l'auditoire de la gravité d'une situation qui doit être traitée « en urgence ».

➤ *Nommer les personnes*

Ces divers éléments énoncés permettent dans la plus part des cas d'identifier la personne et de savoir : 1) s'il s'agit d'une personne déjà suivie par l'équipe ; 2) si elle a déjà été rencontrée par un des membres de l'équipe. Ce recoupement vise avant tout à récupérer d'éventuelles informations déjà en possession de l'équipe et ainsi compléter le dossier de la personne (notamment des éléments sur son état civil) et affiner l'évaluation de la situation. Cela a aussi comme objectif de ne pas multiplier les noms et ne pas créer plusieurs dossiers pour une même personne.

Contrairement à ce qui se pratique dans certaines ONG d'intervention d'urgence, la désignation des personnes par un numéro est une option qui a toujours été écartée. Si elle présente une certaine facilité de gestion (pas de confusion entre nom et prénom ni d'erreur d'orthographe dans les noms), c'est un système qui n'est que très peu identificatoire (comment se rappeler de qui est le numéro 128 et qui est le 154 ?) et qui exclut toute personnification.

Ainsi, s'il s'agit bien d'une nouvelle personne et si celle-ci n'a pas pu, ou n'a pas voulu, décliner son identité, il lui est alors attribué une identité temporaire, à mi-chemin entre la nomination patronymique et le surnom.

Cette attribution de pseudonyme tient principalement à deux éléments.

1 - Attribuer une identité

Aussi fictive soit-elle, à la personne, l'objectif de cette attribution est de pouvoir en parler, de pouvoir la nommer comme il est possible de nommer tout un chacun, sans recourir à la description de la personne ou des ses habitudes.

Par exemple, ne plus désigner une personne en tant que « *celui qui est tous le temps devant l'ADJ, le grand mec avec un petit chapeau plat* » pour pouvoir parler de la situation de Mr Chapeau Grand, où Chapeau est utilisé comme prénom et Grand comme patronyme.

D'une manière générale, afin de ne pas confondre les différents pseudonymes et de les rattacher aux bonnes personnes, l'élaboration de ces pseudonymes reprend un ou plusieurs éléments caractéristiques de la personne, qu'il s'agisse d'une particularité physique, vestimentaire ou du lieu où la personne a ses habitudes (Eysermann, 2005). Par exemple :

Madame Flute pour désigner une femme qui a pour habitude de jouer de la flute pendant qu'elle fait la manche.

Petit Berger pour un homme de petite taille qui porte toujours un chapeau et une petite cane de berger

Black Couverture pour un homme noir qui vit, mange, dort et se déplace, dissimuler sous une couverture...

Dans le cas où la personne aura fourni une partie de son identité, celle-ci sera intégrée au pseudonyme et complétée comme précédemment :

Steve Cicatrice pour désigner un homme ayant une grande cicatrice sur le front.
Maryse Glissante, pour une femme parlant beaucoup et dont le discours glisse sans cesse d'un terme à un autre, à la fois signe de son trouble psychique et tactique pour elle pour se dérober aux questions que lui adressent les membres de l'équipe.

De fait, il est intéressant de constater que la dénomination des personnes évolue au fur et à mesure que de nouveaux éléments sont connus à propos de la personne :

Opéra Chien, un homme qui vivait dans la rue près de l'Opéra et qui refusait toute aide et tout déplacement au prétexte de ne pouvoir laisser seul son chien, est rapidement devenu Marc Opéra avant que l'équipe n'obtienne son identité civile complète.

Cette volonté d'attribuer une identité, même fictive, aux personnes suivies par l'équipe, émane directement de cette intention de donner une existence sociale à ces personnes qui n'en n'ont plus (cf infra, p.112)

2 - Possibilité d'ouvrir un dossier patient informatisé.

En effet les services de psychiatrie de l'AP-HM disposent tous d'un logiciel commun appelé CIMAISE, qui permet de partager certaines informations des dossiers des patients. La création d'un nouveau dossier est une opération centralisée qui demande de fournir un minimum d'informations sur la personne (nom, prénom, date de naissance).

La possibilité de saisir des identités « fictives » dans le logiciel cimaise fut l'une des revendications de cette équipe dans les années précédentes. Ce principe étant désormais acquis, l'équipe peut établir des dossiers patients pour toutes les personnes qu'elle suit, que leur véritable identité soit connue ou non. Il est alors nécessaire de modifier ces dossiers centraux au fur et à mesure que l'état civil de la personne est connu ; ce type de modification d'identité sur un dossier patient est là, aussi une opération centralisée. Il en revient donc au secrétaire de l'équipe de demander les modifications et fusions de dossiers lorsque cela est nécessaire.

➤ *Typologie des décisions prises*

Au cours de ces staffs rue, les différentes personnes suivies à ce moment-là par l'équipe sont examinées. Chaque situation est alors évaluée ou réévaluée à partir des derniers éléments apportés par les uns et par les autres au cours des échanges.

L'évocation des situations est un moyen de rassembler toutes les nouvelles informations, et donc, de suivre l'évolution de ces situations afin de décider si l'équipe maintient la même stratégie d'action pour cette personne ou s'il est nécessaire de changer d'approche.

Les principaux types de décisions qui peuvent être pris lors de ces staffs sont les suivants :

- *Créer/continuer/renforcer le lien* : il s'agit de poursuivre les rencontres régulières avec la personne pour nouer une relation, de continuer à échanger pour obtenir des informations de la part de la personne. Cette stratégie est donc adoptée lorsque la personne est encore mal connue par l'équipe et qu'elle est réticente à ce qui lui est proposé.

- *Evaluation psychiatrique/somatique* : décision qui est prise lorsque la personne a été rencontrée par certains membre de l'équipe qui n'étaient pas en mesure d'établir le diagnostic correspondant à la situation de la personne.

- *Réorientation* : ces décisions sont prises lorsque la personne ne présente pas les critères nécessaires pour intégrer la file active. Ce type de décision équivaut généralement à un arrêt du suivi de la personne par l'équipe. Pour ne pas rompre la relation sans rien avoir à proposer à la personne il est donc généralement nécessaire de trouver une autre structure, plus adaptée à la situation particulière de cette personne, auprès de laquelle elle sera réorientée.

- *Accompagnement* : il peut s'agir là d'accompagnement très divers mais qui participent tous du processus de rétablissement de la personne. Il s'agit de l'accompagner dans une démarche qu'elle a à faire, quel que soit le type de démarche : aller à un rendez-vous médical, se rendre à la PASS, aller à la banque, la poste ou la préfecture pour ouvrir un compte, retirer de l'argent, déposer une demande de passeport ou de CNI.

- *Hospitalisation* : lorsqu'il semble nécessaire d'hospitaliser la personne à partir des éléments dont l'équipe dispose sur l'état de santé physique ou psychique de la personne. Ce recours à l'hospitalisation ouvre sur toute la problématique des contingences matérielles relatives à l'hospitalisation depuis la rue. En effet, hospitaliser une personne depuis la rue nécessite : de trouver cette personne, de pouvoir mobiliser suffisamment de professionnels à un moment précis difficile à planifier à l'avance et enfin d'être assuré de la disponibilité d'une place libre dans un service. Autant d'éléments qui rendent ces hospitalisations particulièrement incertaines.

- *Passage de relai* : en fonction des caractéristiques de chaque personne, capacité à vivre en communauté, situation administrative, ouverture des droits sociaux, existence d'un revenu, gravité des symptômes, problématique d'addiction, etc... et des aspirations, des envies exprimées par la personne et de ses objectifs à court, moyen et long terme, l'équipe cherche des solutions pour l'aider à sortir de la rue. Si, dans l'absolu, il existe de nombreuses possibilités (CHRS, maison de retraite, appartement/maison relai, centre de stabilisation, appartement thérapeutique, centre de cure/post-cure, etc... et même place de camping pour certains), dans les faits, les places ne sont pas très nombreuses et les situations complexes que présentent les personnes de la file active tendent à réduire un peu plus le champ des possibles. Heureusement, un certain nombre de solutions sont trouvées grâce au réseau que MARSS a développé et l'équipe se place en appui de la personne pour effectuer le passage de relai vers la nouvelle structure pour éviter au mieux un retour à la rue.

➤ *Catégorisation des situations urgentes et suivis intensifs*

Parmi les situations abordées lors de ces réunions rue, notamment lors de la réunion du lundi matin, certaines sont catégorisées comme urgentes ou comme suivi intensif. Sur le tableau de suivi file active, un code de marquage a été mis en place et les situations urgentes sont marquées d'un point rouge et celles en suivi intensif sont marquées d'un cercle rouge (les personnes hospitalisées sont quant à elles marquées d'un point vert).

L'urgence dont il est question dans ces réunions n'est pas l'urgence médicale ou chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital. Ce n'est pas non plus l'urgence psychiatrique « vraie » nécessitant une prise en charge immédiate. L'urgence telle que la définit l'équipe mobile se réfère davantage à la notion de « crise », c'est-à-dire une situation clinique, mais aussi sociale, marquée par son instabilité. Alors que l'urgence psychiatrique « vraie », appelle une réponse qui ne peut être différée, la crise, elle, peut s'étendre sur plusieurs semaines. Pour les personnes qui vivent dans la rue, le lien qui unit crise et urgence est d'autant plus tenu que les personnes en crise se mettent en danger, en partie parce qu'elles vivent dans la rue, et c'est ce danger potentiel qui amène la plus part des situations de crise à être considérées comme urgentes.

Nous avons analysé la manière dont les professionnels parlent d'une personne, dont ils la présentent aux autres membres de l'équipe, dont ils la décrivent. Ces présentations sont donc des actes de langage ; elles sont de véritables moyens d'action (Austin, 1991) dans le sens où elles déclenchent une action médicale : la construction de la personne en cas urgent.

Les différents éléments que nous avons énoncés à propos du cadre situationnel des staffs (usages multiples de la pièce, disposition matérielle, café, faible hiérarchie...) permettent de

dire, en langage goffmanien, que ces « staff rue » sont à la fois une « région antérieure » (la scène où se déroule la représentation) où les normes professionnelles de cette équipe sont concrétisées, et une « région postérieure » (ou coulisses) où les professionnels abandonnent leur façade sociale et où les rapports interpersonnels sont de l'ordre de la familiarité (Goffman, 1973). La superposition de ces deux « régions » a pour effet d'introduire de la familiarité dans les échanges d'ordre professionnel et on constate que plusieurs registres sémantiques – langage familial et lexique médical – sont imbriqués dans les discussions du staff, ce qui a des effets particuliers :

- sur la dynamique de l'équipe : le registre familial produit de l'horizontalité dans les interactions entre professionnels. On a donc un effet de boucle : l'absence de hiérarchie dans l'équipe favorise l'usage du langage familial qui, à son tour, renforce l'horizontalité souhaitée par l'équipe.
- sur la construction du cas : l'usage du langage familial et son alternance avec le langage médical, produit un effet de dramatisation. En effet, si ce mélange des registres n'est pas intentionnel, il a parfois pour effet d'obtenir l'adhésion de l'auditoire, en le choquant ou en provoquant sa compassion, et donc de justifier l'intervention de l'équipe. Par exemple :
 - la répétition d'adverbe quantifiant pour qualifier le trouble (ex : « *elle est très très mal* », « *elle est vraiment trop trop trop pas bien* »)
 - l'usage de mots argotiques plus expressifs et porteur d'une tonalité émotionnelle (ex : « *elle est complètement chtarbée* », « *il a un cerveau complètement tout petit* », « *il va se barrer* », « *il va crever* », « *il est grillé de partout* », « *il a les poumons bien niqués* ») [NT]

L'alternance du langage familial et du lexique médical, l'usage de ces figures de style, traduisent aussi le fait que les soignants sont submergés par la souffrance, l'étrangeté, les affects, la violence des situations décrites.

De nombreuses touches humoristiques viennent également ponctuer les staffs malgré la pénibilité des cas présentés et la complexité des situations rencontrées, comme cela peut être observé dans diverses situations professionnelles, notamment en psychiatrie (Estroff, 1998 : 64). Lorsque les professionnels font face à la souffrance d'autrui, l'humour fonctionne comme une soupape ; il est un moyen de mettre à distance les difficultés. Toutefois, à l'instar de ce qu'a montré Gwénaëlle Mainsant pour les policiers, l'humour peut être un véritable mode de communication permettant d'exprimer ce que le langage médical n'autorise pas, notamment le questionnement sur la légitimité d'une action entreprise par l'équipe (Mainsant, 2008), comme l'illustrent ces extraits de staffs :

- « *On lui met une perf de kétamine sur le Vieux Port (rires) Vous voulez des soins alternatifs ? Tu vas voir ! Tout le monde sous kétamine* »
- « *Vous trouvez un SDF sur un matelas, vous roulez le matelas avec de la corde et vous l'amenez en psychiatrie. Vous le trempez dans du neuroleptique !* »
- «- P1 : *lui, il faut vraiment l'hospitaliser !* / - P2 : *On lui lance une fatwa?* » [NT]

Ces verbatims doivent être replacés dans leur contexte : une discussion entre plusieurs personnes qui examinent les différentes alternatives et qui s'interrogent sur la meilleure façon (et le meilleur moment) d'intervenir auprès d'une personne. Derrière le bouclier protecteur de l'humour et de la métaphore, se déploient le questionnement des professionnels sur la légitimité de l'action à entreprendre, et leur ambivalence à l'égard de la mission de contrôle social qu'ils ont à endosser.

La possibilité d'utiliser le langage familial et l'humour comme mode de communication est un des effets de la superposition des régions antérieures et postérieures.

Alors que le langage médical est précis et dénué de dimension émotionnelle, mettre les coulisses sur la scène, c'est permettre que se libèrent les réactions émotionnelles. Une des conséquences est que les émotions du professionnel puissent participer des prises de décision, et soient parfois dans une position égale à celle de la rationalité médicale. Cette libération des émotions amène régulièrement des professionnels à faire de véritables plaidoyers en faveur d'une intervention urgente pour une personne qui a sa préférence. Cette stratégie de lobbying est consciente et assumée par les professionnels qui parlent volontiers de leur « *chouchou* », de leur « *protégé* ». On est là dans une logique affective avec une mobilisation des émotions et des sentiments dont la légitimité est à mettre en relation avec la sanctuarisation de la vulnérabilité opérante dans cette équipe.

➤ *Les logiques de la catégorisation des cas urgents*

Lors de la présentation des cas, la mise en avant de tel ou tel élément nous a permis d'identifier un certain nombre de « logiques » dans la catégorisation des cas ; certaines de ces logiques étant implicites, voire non conscientes. Ces différentes logiques permettent de montrer que cette catégorisation mêle des arguments de type médicaux, sociaux, émotionnels ou encore « institutionnels ». Il en résulte que cette catégorie de l'urgence n'est pas objective et qu'elle présente un caractère labile.

Logique médicale

Selon la « logique médicale », dans le contexte particulier des personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques sévères, les situations catégorisées comme urgentes sont celles de personnes dont la gravité des troubles les met en danger. Il peut s'agir :

- de troubles somatiques, fréquents chez les personnes sans abri, mais dont l'absence de prise en compte par la personne elle-même amène l'équipe à s'en occuper.
- de symptômes psychiatriques particulièrement prononcés. La mise en danger pouvant être due à un risque de passage à l'acte, et donc à une situation d'auto-agressivité (risque suicidaire), ou lorsque l'état psychique de la personne est tel qu'elle est dans une incapacité à s'occuper d'elle-même et ne cherche plus à se nourrir, ou à s'abriter des intempéries, à se protéger du froid, etc...

Selon cette même logique, d'autres situations sont catégorisées comme urgentes en raison de l'articulation entre la temporalité de la maladie mentale et la possibilité de créer une alliance thérapeutique. En effet, les professionnels savent identifier le moment opportun pour intervenir en fonction des capacités d'engagement de la personne dans le soin et de la qualité du lien construit avec la personne permettant de pronostiquer l'impact le plus favorable de leur intervention.

Logique de protection des plus vulnérables

L'évaluation d'une situation se fait à l'aide d'un certain nombre de critères qui signalent, ou soulignent la vulnérabilité d'une personne :

- 1- Critères qui tiennent à l'apparence physique et biologiques, propres à la personne et à son corps :
 - Le genre : les individus de genre féminin sont davantage soumis au risque de violence (notamment sexuelle) que leurs homologues masculins.
 - L'âge : les personnes plus âgées supportent plus difficilement les conditions de vie dans la rue.
 - Les compétences physiques et capacités motrices : la personne peut-elle se déplacer par elle-même. Avec quelle aisance, à quel rythme, sur quelle distance ?

2 - Critères relationnels et sociaux :

- la connaissance des structures existantes à destination des personnes sans-abri, leur usage de ces institutions (notamment : est-ce que la personne y a toujours accès ?).
- La connaissance de la ville : et donc la capacité à se repérer dans l'espace urbain et à s'y mouvoir.
- L'appartenance de la personne à un groupe, un réseau ou son intégration dans un quartier particulier, afin d'évaluer les éventuels soutiens dont elle pourra bénéficier.
- Ou encore la possession de biens matériels : Est-ce que la personne dispose de moyens directs pour se protéger du chaud, du froid, etc... ? A-t-elle des vêtements de rechanges, un lieu de vie privilégié (une cabane, un bout de trottoir, un parking, un squat) ?

Chacun de ces critères n'est que rarement signifiant en lui-même. Mais la combinaison de plusieurs d'entre eux débouche sur la notion relativement diffuse de « compétence de survie à la rue ». C'est l'évaluation de cette capacité à vivre/survivre dans la rue qui débouche éventuellement sur une situation d'urgence, par exemple être jeune et femme ; être vieux, impotent et isolé, etc...

Ces différents critères et leur combinaison potentielle renvoient à la triple dimension qu'attribue MH Soulet à la notion de vulnérabilité. Celle-ci étant une notion à la fois potentielle (la potentialité à être blessé), structurelle (notion qui ne prend sens que dans un contexte dominé par l'incertitude et qui implique un rapport particulier au risque) et relationnelle (ce n'est pas le fait d'être qui compte mais la situation dans laquelle on est qui définit la vulnérabilité) (Soulet, 2011)¹¹.

Logique institutionnelle

Selon cette « logique institutionnelle » les situations sont considérées comme urgentes non pas en fonction de la situation de la personne, de son état physique ou psychique, mais à partir de critères liés au modèle de soin que cherche à mettre en œuvre cette équipe ou la recherche d'une continuité du projet de soins.

► Assurer la continuité du projet de soin

Au premier rang de l'urgence pour « assurer la continuité du projet de soin » se trouvent les « fugues » hospitalières. En effet, lorsque une personne hospitalisée par l'équipe fugue de l'hôpital, la situation est systématiquement marquée comme une urgence.

L'équipe va donc organiser des tournées de rue pour retrouver la personne en fugue et pour la retrouver. L'objectif est alors de comprendre les raisons de son départ, et éventuellement de la faire « réintégrer » (selon le terme en usage) dans le service d'où elle s'est enfuie.

Compte tenu de la saturation des services psychiatrique, lorsqu'une personne fugue d'un service, sa place ne lui est gardée au mieux que quelques jours.

Cette logique tient alors, avant tout, au fait que l'hospitalisation, qu'elle soit libre ou sous la contrainte, est dans la grande majorité des cas le résultat d'un processus long de construction de lien entre l'équipe et la personne. Il aura fallu la rencontrer à plusieurs reprises, la rassurer sur l'hôpital, mobiliser des professionnels pour réaliser l'hospitalisation (EMMP, pompiers, parfois même la police), trouver une place libre dans un service et coordonner tout cela pour aboutir à une hospitalisation. C'est donc pour éviter de perdre le bénéfice du travail

¹¹ « Les potentialités de la vulnérabilité ». Communication non publiée au colloque « un siècle de santé sociale : formes et traitements des vulnérabilités » Lyon, novembre 2011, où MH Soulet présentait les dernières avancées de ses réflexions sur la notion de vulnérabilité pour penser les politiques publiques.

organisationnel réalisé précédemment qu'il est important pour l'équipe de réintégrer le plus rapidement possible la personne en fugue.

► *Principe utilitariste ou pragmatique*

Dans cette logique institutionnelle, entre aussi un principe « utilitariste » ou pragmatique. Il s'agit ici de catégoriser comme urgentes des situations que l'équipe présume pouvoir être des « réussites » potentielles en terme de rétablissement sanitaire et social, des situations où les chances de voir un projet de soin aboutir et la personne sortir de la rue sont les plus élevées.

Il s'agit généralement de personnes pour lesquelles le sentiment de « gâchis social » est le plus élevé. Donc, des personnes jeunes, avec des compétences intellectuelles et sociales nettement perceptibles malgré l'importance des symptômes et la gravité de la situation dans laquelle elles se trouvent. Ce sont des personnes qui ne sont pas chronicisées et pour lesquelles on peut s'attendre à un rétablissement « rapide » comme cela a été le cas pour plusieurs personnes prises en charge par l'équipe. Dans ces situations, le rapport bénéfice/risque s'inverse pour l'équipe puisqu'on peut parler de « success stories » gratifiantes (bénéfice), et de « risque » faible puisque si les résultats ne sont pas à la hauteur de ce qui était espéré, la personne sera un cas de plus dans la file active. Louise Fournier et Céline Mercier montrent bien qu'en parlant des personnes de la rue comme des personnes sales, désorientés, désordonnés, psychologiquement instables, physiquement malades, en mobilité permanente et peu réceptives aux propositions de soins qui leur sont faites nombre de soignants et de services de soins en construisent une représentation comme étant des « causes perdues » (Fournier et Mercier, 1995). Ces cas de réussites supposées sont alors particulièrement importants dans la mesure où ils représentent le contre point de ces « causes perdues » et participent de cette volonté de l'équipe de faire évoluer les représentations sociales sur les personnes de la rue en montrant qu'elles peuvent elles aussi se stabiliser, voire se rétablir.

Logique de contrôle social

Enfin nous avons identifié une dernière logique dite de « contrôle social ». Nous entendons par là désigner la catégorisation en cas urgent de situations où les personnes dérangent l'ordre public par la mise en danger d'elle-même ou d'autrui (et nous faisons ici un usage restrictif de la notion de contrôle social). Ces situations de perturbation de l'ordre public peuvent être connues ou constatées par l'équipe elle-même, mais peuvent aussi être signalées par une personne privée ou un service extérieur.

Ces mises en danger comprennent :

- les risques encourus pour « l'entourage », au sens large, de la personne : les situations de passage à l'acte hétéro-agressif (lorsqu'une personne, du fait de son état psychique peut agresser physiquement d'autre individus).
- les risques pour la personne elle-même, qui du fait de son comportement « inadapté ou particulièrement exalté » pour reprendre le langage psychiatrique, excède ou provoque son entourage. Le risque est alors soit de générer une hostilité de l'entourage de la personne (les autres sans abri, les commerçants, les passants) aux conséquences non maîtrisables, soit d'être incarcérées, parfois pour des délits mineurs (part exemple, uriner entre deux voitures).

Il s'agit alors pour l'équipe d'intervenir avant que la violence n'explode ou que soit prise une mesure répressive non adaptée à la situation. D'un point de vue médical, il s'agit d'une approche de « réduction des risques en santé mentale ».

B - Les tournées de rue

Sur les 126 équipes mobiles psychiatrie et précarité que comptait la France en 2010 (Mercuel & Querimini, 2010), MARSS est l'une des rares EMPP à effectuer un travail de rue de façon autonome. En effet, la plupart des EMPP sont amenées à intervenir dans la rue en appui d'une équipe mobile sociale ou à la suite d'un signalement émanant d'une autre structure. Il s'agit dans ce cas de venir en aide à une structure qui se trouve dans l'impossibilité de prendre en charge une personne du fait de troubles psychiatriques supposés.

L'équipe MARSS a choisi une modalité d'action sensiblement différente, notamment du fait de l'exercice d'un travail de rue mené de façon indépendante et autonome.

Pour cela, les professionnels effectuent des « *tournées de rue* ». Ce mot est préférentiellement utilisé par l'équipe à celui de « maraude » habituellement utilisé par les équipes mobiles caritatives (distribution de repas), celles qui travaillent dans l'accès aux soins et/ou la réduction des risques, effectuant également un travail de rue auprès des populations sans abri. Bien que le mot maraude signifie pour le sens commun aller à la rencontre des personnes vivant dans la rue, ou dans les espaces interstitiels de la ville (Lovell, 1996), il a aussi le sens premier de chapardage effectué par les armées lors de leurs déplacements. C'est en raison de cette polysémie que l'EMPP a adopté le mot « tournée » ; le verbe « tourner » désignant alors l'action (par exemple : « *je tourne avec X ce matin* »). Malgré cette préférence pour le terme de tournée, il arrive par moment que le mot « maraude » soit employé.

➤ *Tournées « exploratoires » ou « ciblées »*

Les tournées peuvent être « exploratoires » ou « ciblées ».

Au cours des « tournées exploratoires » les professionnels sillonnent une aire géographique du centre ville et vont à la rencontre des différentes personnes de la rue qu'ils croisent. Les objectifs de ces tournées exploratoires sont alors multiples.

1) Le premier objectif est un objectif de repérage et de « tri ». Il s'agit de rencontrer toutes les personnes de la rue que l'équipe ne connaît pas et d'établir un premier contact pour repérer les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères. De fait, au cours de ces tournées, il est avant tout prêté attention aux personnes qui présentent manifestement des troubles psychiques (nous revenons un peu plus loin sur cette question du repérage des symptômes d'alerte lors des tournées). Mais, d'une part, toutes les personnes abordées ne présentent pas forcément les critères nécessaires pour entrer dans la file active et, d'autre part, toutes les situations de souffrance psychique ne sont pas repérables par le simple contact visuel. De fait, de nombreux contacts sont établis avec des personnes qui n'entreront pas dans la file active. De ces nombreux contacts et discussions avec les personnes de la rue, découlent deux autres objectifs de ces tournées exploratoires.

2) Au cours des rencontres avec les personnes de la rue, les professionnels sont régulièrement amenés à diffuser des informations sur les ressources disponibles dans la ville à destination des personnes sans abri : où manger, où dormir, où trouver des vêtements, où prendre une douche, où rencontrer une assistante sociale, consulter un médecin, etc... En fonction de la situation et des capacités de mobilité et de repérage dans l'espace urbain que présente la personne, ces informations seront données soit simplement à l'oral, soit par une adresse écrite sur un papier, éventuellement en dessinant un plan sommaire du quartier et quelque fois, quand ils en ont à disposition, à l'aide de prospectus de telle ou telle autre structure (essentiellement les plaquettes de l'équipe elle-même et celle de la PASS Rimbaud de

l'hôpital de la Conception¹²). Ce travail consiste alors autant en une diffusion d'informations utiles pour les personnes vivant dans la rue qu'en une orientation ciblée de certaines personnes pour répondre à une demande particulière. Il arrive parfois que les professionnels accompagnent directement une personne depuis le lieu de la rencontre jusqu'à la structure vers laquelle elle est orientée (le plus souvent les ADJ), lorsque la personne ne peut s'y rendre par elle-même (du fait d'une trop faible connaissance de la géographie de la ville) et si les professionnels en ont la possibilité (disponibilité).

3) A l'occasion de ces moments de rencontre des examens somatiques sommaires peuvent être réalisés, et des conseils de préventions sont souvent divulgués, fréquemment sur la nécessité de s'hydrater en buvant de l'eau, notamment en période de grande chaleur.

4) D'une façon plus générale, ces tournées exploratoires sont un moyen pour les professionnels d'exercer une activité de veille (« prendre la température » de la rue). Il s'agit d'observer les mouvements et les variations de la population des personnes vivant dans la rue (évolution de la pyramide des âges, proportion de personnes de passage, affluence de personnes d'un pays particulier, mobilité de certains groupes, etc...) et de leurs conditions de vie dans la rue (modification de l'espace public du fait de travaux, fonctionnement des fontaines à eaux, disponibilité de toilettes publiques, etc...) et les pressions qui s'exercent sur ces personnes (policières par exemple sur leur lieu de mendicité, ou celles d'autres sans abri). Ces observations et les conclusions qu'en tirent les professionnels sont éminemment subjectives. Cet objectif de veille est partagé non seulement par tous les professionnels de l'équipe, mais aussi par la majorité des personnes travaillant dans les différentes institutions qui effectuent un travail de rue sur Marseille¹³.

Les « tournées ciblées » visent quant à elles à aller à la rencontre d'une personne particulière, que l'équipe connaît déjà ou qui lui a été signalée et se font, si ce n'est dans un objectif précis, tout du moins avec une intention particulière. Cela peut être pour :

1) *Poursuivre un travail en cours* : La raison la plus fréquente pour mener une tournée ciblée est celle de continuer un travail social ou médical qui a déjà commencé avec la personne.

- social : l'assistante sociale veut rencontrer la personne pour l'informer de l'évolution d'un dossier en cours (AAH, RSA, papier d'identité, recours administratif, CMU, etc...) ou la convaincre de faire certaines démarches (ces démarches sont les mêmes que celles citées précédemment). En effet, des suites de leurs expériences passées avec la psychiatrie et du fait de la symptomatologie de leur maladie, certaines personnes se révèlent extrêmement réticentes à toute démarche administrative, à divulguer ou renseigner leur identité.

- suivi médical : il s'agit alors de rencontrer une personne pour discuter avec elle de l'évolution de ses symptômes, de l'efficacité d'un traitement qui lui a été prescrit ou de l'évolution d'un problème somatique pour lequel la personne a déjà reçu des soins.

2) *Faire une évaluation psychiatrique ou somatique* : cette situation se retrouve quand une personne de la rue a été rencontrée par certains professionnels de l'équipe qui n'étaient pas en mesure d'évaluer pleinement la situation (du fait de leur qualification professionnelles) ou qui souhaite bénéficier d'une seconde évaluation (notamment pour les troubles psychiatriques).

¹² Le médecin coordinateur de la PASS Rimbaud ayant travaillé pendant six mois dans l'équipe MARSS, une collaboration particulière existe encore entre ces deux structures.

¹³ C'est un des points qui est ressorti de la réunion menée le 7 juin 2012 à la FNARS sur l'organisation des maraudes et qui regroupait des représentants du Bus 31/32, croix rouge, ADJ Marceau/Consolat, Boutique solidarité et EMPP-MARSS.

3) *Procéder à une évaluation générale de la situation.* Ce type de tournée ciblée est pratiqué à la suite d'un signalement soit par un service extérieur (ADJ, police, 115, UHU, Service de gestion des HLM...), soit par une personne privée, généralement un riverain (habitant, commerçant) du quartier où la personne se trouve. Lors de ces signalements, qui se font la plupart du temps par téléphone, le maximum d'informations sur la situation est demandé à la personne qui signale¹⁴. Mais ces renseignements sont le plus souvent très succincts et se limitent à une description physique sommaire et un « motif de signalement ». Il est alors nécessaire pour les membres de l'équipe de se rendre sur place pour rencontrer la personne et se faire sa propre idée de la situation et des suites à y donner.

4) *Accompagner une personne :* Il est assez fréquent que des professionnels de l'équipe fixent un rendez-vous à une personne pour l'accompagner dans un service où une institution où la personne craint de se rendre ou ne peut pas se rendre seule. Si ce type de démarche est décrit dans cette partie consacrée aux tournées de rue ciblées, c'est en raison de l'aspect toujours incertain du respect des rendez-vous fixés. Il est très fréquent qu'une personne déclare à un professionnel souhaiter réaliser telle ou telle démarche, qu'un rendez-vous soit pris et qu'au jour et à l'heure prévue, le rendez-vous ne soit pas honoré. Ce non respect des rendez-vous fixés peut être dû à la personne elle-même qui ne s'y présente pas, par oubli du rendez-vous, par perte de la notion du temps ou parce que l'acceptation du rendez-vous et de la démarche qu'il sous-tend était avant tout une réponse positive à une proposition du professionnel davantage qu'un réel désir émanant de la personne elle-même (Marques, 2010). Ne pas se présenter à un rendez-vous, initialement accepté par convenance, est alors une manière de se défaire de la situation d'engagement dans laquelle s'est retrouvé la personne sans vraiment le souhaiter (Goffman, 1974). Nous reviendrons plus en détail sur cette question de l'engagement dans la partie suivante.

Notons aussi, qu'il arrive fréquemment que les professionnels de l'équipe, pris par une action dans laquelle ils sont déjà engagés, ne parviennent pas à tenir les délais qu'ils avaient prévus et arrivent avec plus ou moins de retard sur le lieu du rendez-vous. Dans ces situations de rendez-vous manqués, il devient nécessaire de rechercher la personne dans la rue, sur ces lieux de fréquentation habituelle, lorsque l'équipe les connaît.

Ces accompagnements se font aussi bien en direction d'un service médical ou d'une institution « sociale ». Les accompagnements à visée médicale peuvent aussi bien avoir une visée diagnostique (accompagner une personne à un rendez-vous pour un examen radiologique par exemple) que thérapeutique (majoritairement, des accompagnements à la PASS). Dans ce registre, notons qu'il est aussi très fréquent que des professionnels accompagnent des personnes depuis leur lieu de vie dans la rue jusqu'au local de l'équipe pour les consultations médicales du mardi après-midi. Cela est d'autant plus fréquent pour la première venue des personnes dans les locaux. Un certain nombre d'accompagnements se font en direction des hôpitaux (somatique ou psychiatrique) en vue d'une hospitalisation. Nous reviendrons plus loin sur cette question particulière des hospitalisations depuis la rue.

Les accompagnements pour questions « sociales » se font quant à eux soit pour des démarches administratives (en direction de la CAF, la mairie, la préfecture, etc.), soit en direction de services généraux pour des démarches courantes (ouvrir un compte à la banque, retirer de l'argent à la poste, etc). À cela s'ajoute les accompagnements en direction des locaux de l'équipe pour les consultations sociales du jeudi après-midi.

¹⁴ Voir en annexe la fiche de signalement

5) *Créer/continuer le lien, veiller sur une situation.* De nombreuses tournées ciblées n'ont pas d'objectif direct lié à cette tournée particulière mais s'inscrivent dans une continuité de pratiques et une régularité de ces visites. Deux objectifs sensiblement distincts bien que généralement intriqués, sont alors à évoquer. Le premier concerne la création d'un lien, d'une relation particulière avec une personne au travers des visites régulières qui lui sont rendues. Cette relation étant conçue par les professionnels comme une base sur laquelle ils pourront s'appuyer par la suite (cf. infra). Le second est davantage un objectif de veille au sens large sur la personne et l'évolution (ou la non évolution) de sa situation. Cette pratique est mise en œuvre soit pour des situations qui paraissent inquiétantes aux professionnels mais pour lesquelles aucune action n'est encore possible ; soit pour des suivis au long court, des personnes que l'équipe suit de loin en loin, pour lesquelles il n'y a rien de particulier à faire mais auxquelles l'équipe rend visite de façon régulière.

6) *Retrouver une personne en fugue d'hospitalisation* : (cf. partie précédente sur la « logique institutionnelle » dans les staff rue).

7) *Hospitaliser une personne* : L'hospitalisation depuis la rue est un motif important de mise en œuvre de tournée ciblée. Pour autant, compte tenu de la multiplicité des motifs (crise, urgence somatique, mise à l'abri, etc...) et des conditions particulières (SDT, HL, HO) d'hospitalisation depuis la rue, ce point sera développé dans la partie suivante.

➤ *Les aires géographiques*

Ces tournées de rue se font essentiellement à pied et sont donc très majoritairement limitées au centre ville. Pour certaines situations particulières, il arrive que les professionnels utilisent leur véhicule personnel ou les transports en commun pour se rendre dans un quartier éloigné du centre ville. Il s'agit alors de rencontrer soit des personnes qui ont été signalées à l'équipe, soit des personnes que l'équipe connaît déjà et dont les habitudes et lieux de fréquentation excentrés sont connus. Il ne s'agit donc jamais de tournées exploratoires et toujours de tournées ciblées.

La répartition géographique des tournées est un élément qui est régulièrement discuté dans l'équipe. Une division exclusivement spatiale de l'espace géographique couvert par l'équipe présenterait l'avantage de ne pas délaissier ou oublier certaines zones. *A contrario*, la répartition spatiale éviterait que plusieurs binômes tournent dans les mêmes zones comme on a pu l'observer à plusieurs reprises, et rencontrent les mêmes personnes. Mais une telle division amènerait à une répartition des zones entre chaque professionnel, sans plus tenir compte de la répartition des personnes de la rue dans ces différentes zones et de leur mobilité. Ainsi, s'il a souvent été évoqué la question d'une cartographie des tournées, la difficulté d'une réalisation technique de cette cartographie et les contraintes que cela entraîne dans le suivi des personnes ont ajourné jusqu'à aujourd'hui la mise en œuvre d'un tel principe.

➤ *Les horaires*

Les tournées de rue se font exclusivement de jour et, à quelques exceptions près, pendant les « horaires de bureau » (de 9h à 17h). Si ces tournées se font indifféremment le matin ou l'après midi, les horaires sont, par moment, adaptés aux conditions climatiques. Ainsi, le nombre de tournée menées entre 11h du matin et 15h pendant les périodes de canicule sont très peu nombreuses... les personnes de la rue n'étant que très peu visibles à ces moments-là, s'abritant dans des endroits frais. Des tournées ont ainsi été mises en place pendant l'été, tôt le matin, le long des plages, afin de rencontrer les personnes dormant sur la plage, avant qu'elles ne quittent cette place après le levé du soleil. De même certaines tournées peuvent avoir lieu en dehors de ces horaires classiques lorsqu'elles répondent à un objectif particulier. Par

exemple, aller rencontrer une personne qui dort systématiquement à la même place sur le port, mais qui en raison d'importants travaux de voirie quitte désormais son lieu de vie à 7h du matin et soit, de fait, introuvable passé cette heure-là. Un binôme formé d'un psychiatre et d'une assistante sociale lui a donc rendu visite un matin à 6h.

➤ *Le planning*

Les tournées de rue, sont planifiées en début de semaine à l'issue du staff du lundi matin. Un tableau blanc, situé en salle de réunion présente un planning de la semaine sur lequel les différents membres de l'équipe s'inscrivent pour les plages horaires dans la semaine où ils pourront tourner. Cette pratique libre de l'inscription pour les tournées de rue doit être expliquée, tant par ses causes que pour ses conséquences. Pour cela, il est nécessaire d'effectuer ici un retour sur l'évolution de la planification de ce travail de rue.

Jusqu'en décembre 2010, le travail de rue était obligatoire pour tous les membres de l'équipe. Quel que soit son titre, son poste ou sa fonction, tout professionnel appartenant à cette équipe devait nécessairement effectuer des tournées de rue. Le travail de rue était alors considéré comme étant à la base de la pratique de l'EMPP : « *c'est ce qui nourrit toutes les pratiques* » [E]. C'est un élément qui fait à la fois la spécificité de l'équipe, - il n'y a pas d'autre équipe institutionnelle médicale qui effectue ce type de tournée – et le cœur de son identité – appellation « équipe de rue » qui est utilisé tant en intra-hospitalier que par l'équipe elle-même. Si l'équipe est revenue sur la dimension systématique et obligatoire de ce travail de rue, tous ses membres y sont très attachés. Il exerce une attraction forte, voire une forme de fascination : sur les nouvelles recrues, sur les stagiaires (forte demande). Cette activité de tournée est pour certains la principale motivation à leur venue dans l'équipe. Il manque à ceux qui n'en font plus ou peu, et un « tour de table » lors d'une réunion de janvier 2012 montrait que parmi ceux qui tournaient encore, personne n'était prêt à arrêter totalement cette partie de son activité.

Cet attachement au travail de rue, conjugué à la faible coordination de sa mise en place et de sa réalisation, ont eu des conséquences directes sur sa mise en œuvre en tant que tel : le nombre de tournées hebdomadaires et le moment auquel elles étaient réalisées dépendaient avant tout de la disponibilité des professionnels. Ce travail de rue était alors davantage fonction des contraintes et aspirations des professionnels de l'équipe que des besoins constatés ou supposés des personnes de la rue.

D'un autre côté, la fascination exercée par ce travail et le plaisir qu'en retire les professionnels ont conduit à un surinvestissement de cette dimension du projet de soin, au détriment des autres activités d'accompagnement au rétablissement.

Face à ce constat, au cours du premier semestre 2012, différents moyens de régulation de l'activité de rue ont été testés. Le premier a été de renforcer la répartition des tâches et la division du travail pour que quelques professionnels se consacrent uniquement aux personnes déjà logées (que ce soit au Marabout ou dans les appartements individuels) tandis qu'une autre partie se consacre, elle, exclusivement au travail de rue. Cette dynamique qui s'est mise en place de façon progressive ne fut que pleinement formalisée avec le déménagement de l'équipe en décembre 2012.

Le second a consisté à prendre les tournées exploratoires comme variable d'ajustement du travail de rue. Limiter la dimension exploratoire des tournées de rue est un moyen pour éviter de faire entrer de nouvelles personnes dans la file active, de consacrer moins de temps et d'énergie à la découverte et au déblocage de situations nouvelles pour concentrer l'activité de l'équipe sur les situations déjà en cours. Cette mesure permet d'orienter l'activité de l'équipe sur les objectifs qu'elle s'est elle-même fixée en termes de projet de soins et d'éviter une trop

grande dispersion de son activité lorsqu'elle est confrontée à des demandes et un champ potentiel d'intervention allant bien au-delà de ses capacités d'action réelles.

Enfin, pour éviter à tous les professionnels de l'équipe de passer par la case « création de lien » pour toutes les personnes de la rue suivies dans la file active, un système de binôme régulier a été testé.

➤ *Les binômes*

Les tournées sont en général réalisées par des binômes ou des trinômes faisant varier les qualifications et métiers des professionnels (médecin-assistante social / Infirmier-médiateur / médecin-médiateur / infirmier-assistante social / assistante sociale-médiateur...). En effet, croiser les métiers est une manière de multiplier les compétences professionnelles mobilisables lors d'une rencontre entre une personne de la rue et les membres de l'équipe. De la même façon que se pose la question d'une répartition géographique des tournées, la question de la composition de ces binômes fut régulièrement soulevée. Ainsi, au cours de notre période d'observation, les règles mobilisées pour l'établissement de ces binômes ont considérablement évolué.

En début de période, les binômes étaient établis au coup par coup, parfois binôme, parfois trinôme, la constitution des équipes se faisait avant tout en fonction des disponibilités des uns et des autres. L'objectif de chaque tournée dépendait alors directement des personnes constituant le binôme. Dans une optique de rationalisation du travail, il a été décidé de constituer des binômes stables, toujours composés des mêmes personnes. Ce mode de fonctionnement devant permettre d'instaurer une dynamique propre à chaque binôme, par le développement d'habitudes de travail et de transferts de compétences. Cela devait aussi permettre de limiter la perte d'informations au sein de l'équipe. Chaque binôme étant en charge d'un nombre limité de personnes.

Mais ce principe s'est heurté aux mêmes difficultés qu'une répartition stricte des aires géographique à couvrir au cours des tournées de rue en ne permettant pas de tenir compte de la mobilité des personnes de la file active. Par ailleurs, une part importante du travail de rue tient à une dimension relationnelle qui, non seulement n'est pas réductible à une question de qualification professionnelle, mais qui est en plus une dimension du travail qui est « personne dépendante ». Ainsi, lors d'un premier contact avec une personne de la rue, en cas de réticence dans la relation avec l'équipe, il sera nécessaire de trouver le professionnel de l'équipe avec qui la personne « s'entend » le mieux pour pouvoir établir une relation. Et rien ne dit que cette personne soit justement celle qui possède les compétences et qualifications professionnelles les plus adaptées pour répondre aux besoins identifiés de la personne. Il sera alors nécessaire de mettre en regard le lieu de vie de la personne, ses besoins identifiés ou exprimés, ce qu'ils demandent comme compétences nécessaires pour y répondre et les affinités développées avec un professionnel en particulier pour composer le binôme le plus adéquat pour rendre visite à cette personne.

Nous voyons alors très clairement comme ce dernier principe d'action peut être antinomique avec les critères objectifs et rationnels mis en œuvre pour stabiliser la composition des binômes. Aujourd'hui encore, cette question de la composition des binômes continue d'être discutée.

➤ *Des conditions matérielles limitant le travail*

Outre les plages horaires dont nous avons parlé plus haut, l'équipe rencontre des freins d'ordre matériel au bon déroulement de ses activités. Par exemple, l'AP-HM met à la disposition de l'équipe un véhicule pour qu'elle puisse marauder dans des quartiers peu

desservis par les transports en commun, ou pour les accompagnements physiques des personnes de la rue. Ce véhicule est aussi utilisé par le pôle logement pour ses VAD et accompagnements. Cependant, ce véhicule est garé dans le parking de l'hôpital de la Conception. Les professionnels perdent donc une heure (aller et retour) pour pouvoir l'utiliser. Mais surtout, son état de délabrement (freins insuffisants, portières n'ouvrant plus, habitacle en très mauvais état, pannes fréquentes) limite son utilisation. Les professionnels qui possèdent une voiture préfèrent le plus souvent utiliser leur propre véhicule, sans couverture assurantielle pour cela. A la fin de l'année 2012, la voiture AP-HM de l'équipe a été définitivement déclarée hors service. Un véhicule de remplacement devait être fourni. Au moment de la publication de ce rapport (juillet 2013), il n'est toujours pas arrivé.

C - Les permanences

Dans la perspective de l'aller-vers, c'est-à-dire de se rendre au plus proche et être le plus accessible pour les personnes de la file active ou susceptibles d'y entrer, les professionnels de l'équipe ont mis en place des permanences dans plusieurs institutions de la ville s'adressant à des personnes sans-abri.

La permanence la plus stable implique de façon régulière une infirmière, parfois accompagnée d'un médiateur de santé, et se tient à la Boutique Solidarité (centre d'accueil de jour de la fondation Abbé Pierre). L'objectif d'une telle permanence est alors autant de venir en appui aux professionnels du lieu, pas nécessairement formés pour répondre correctement aux symptômes que la personne déclare, que d'être une sorte de cellule d'écoute pour les personnes qui utilisent le lieu ou encore de repérer certaines personnes pouvant bénéficier des services de MARSS et d'établir un premier contact avec elles.

Deux autres permanences ont été mise en place avec plus ou moins de succès dans les l'unité d'Hébergement d'Urgence de la Madrague et au centre d'accueil de nuit de St Jean de Dieu. Lors de ces permanence il s'agit essentiellement de repérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et d'assurer la présence d'un médecin psychiatre une fois par semaine dans le lieu.

Si tenir de telles permanences peut correspondre aux missions d'une EMPP, leur mise en place expose l'équipe à une modification de ses pratiques pour deux raisons principales :

- un accroissement potentiel de sa file active, bien au-delà de ses capacités d'action. L'UHU de la Madrague-Ville et le centre d'accueil de nuit saint Jean de Dieu sont les deux principaux centres d'hébergement d'urgence de la ville représentant un total de 570 places d'hébergement d'urgence. Face à une population d'une telle ampleur, les deux psychiatres assurant ces permanences n'ont eu de cesse de déceler de nouvelles personnes susceptibles d'entrer dans la file active ; allongeant toujours plus la liste et le nombre de personnes évoquées dans les staffs du lundi matin, sans avoir de réels moyens d'intervention.
- en se rendant dans des lieux d'accueil non spécialisés, les professionnels sont amenés à rencontrer des personnes de la rue qui, bien que dans des situations de très grande précarité et en souffrance psychique du fait de leurs conditions de vie dans la rue, ne présentent pas les critères stricts pour entrer dans la file active. De fait, ces personnes, ne sont pas entrées dans la file active de l'équipe et leur nom ne figure pas dans les comptes-rendus des staffs. Pour autant, leur situations sont parfois abordées lors de ces réunions et les professionnels leur consacrent du temps lorsqu'ils les croisent au détour d'une tournée de rue. Autant d'activités soignantes (soutien des personnes, orientation, veille et donc prévention) n'en reste pas moins une activité totalement invisible.

D - Les tournées partenariales (avec les ADJ)

Avant de passer à l'analyse des pratiques de ce travail de rue, il nous faut encore évoquer un dernier point d'organisation. Dans un objectif de meilleur accompagnement des personnes ou pour « atteindre » les personnes les plus réticentes, l'équipe MARSS a réalisé des tournées de rue en association avec l'équipe mobile des ADJ Marceaux/Consolat.

L'accueil de jour Marceau/Consolat est une association loi 1901 qui assure principalement des missions d'accueil, d'ouverture de droits et de domiciliation auprès des publics en situation de grande exclusion.

La collaboration avec l'équipe mobile existe depuis la création de l'EMPP pour une population présentant des troubles psychiatriques sévères. Les professionnels s'interpellent pour des suivis, pour échanger des informations sur les personnes de la rue, pour aider à un accès aux soins urgents ou encore pour des signalements de personnes à la rue présentant des troubles du comportement. Les deux équipes se retrouvent également, de façon ponctuelle, sur le terrain, à la rencontre de personnes qui nécessitent une évaluation psychiatrique ou somatique (l'équipe de jour de l'ADJ est composée de professionnels du champ social uniquement).

Dans le dernier trimestre 2009, face aux sollicitations grandissantes, les deux équipes ont mis en place une réunion trimestrielle qui traite des suivis communs, l'objectif étant de réfléchir ensemble à ces accompagnements. L'amélioration des suivis reste la préoccupation des deux équipes et des solutions concrètes acceptables ont favorisé l'évolution de situations complexes. La première réunion de 2011 a associé l'association Autres Regards à ce temps de travail commun. Certaines personnes dont la situation a été discutée bénéficiaient aussi d'un suivi par Autres Regards.

En décembre 2010, à la demande l'ADJ, les médecins de l'EMPP ont accepté d'assurer une consultation médicale et plus particulièrement psychiatrique. Les personnes fréquentant le repas du soir sont bien souvent très marginalisées, elles ne font pas partie des personnes que l'EMPP croise lors des tournées de rue la journée. Ainsi, sur ce temps de repas convivial, les professionnels médicaux ont pu établir un lien avec les personnes à suivre dans la rue suite aux diagnostics qu'ils ont posés ou qu'ils ont pressentis. La consultation a eu lieu de 19h à 21h une fois par mois de décembre 2010 à mars 2011. Certaines de ces personnes sont aujourd'hui suivies par l'EMPP dans la rue.

Cette pratique de tournée commune avait court de façon très régulière en 2009-2010. Si elle a depuis perdu en régularité, il demeure des liens importants entre ces deux structures qui font régulièrement appel l'une à l'autre et s'adressent réciproquement des personnes. Les ADJ font ainsi appelle à l'EMPP lorsqu'ils sont en présence d'une personne manifestement en crise et l'équipe intervient alors à titre d'expert. Réciproquement, il est fréquent que des membres de l'EMPP s'adresse aux ADJ pour obtenir des renseignements sur une personne ou pour la localiser lorsque celle-ci n'est plus visible lors des tournées de rue de l'EMPP.

II - 1- 2 - Les pratiques du travail de rue & de la psychiatrie hors les murs

A - Les repérages des lieux et des gens

Le repérage correspond à ce que les professionnels nomment une « *clinique de la rue* ». Cette activité consiste à effectuer un premier "tri" en repérant parmi les personnes vivant dans la rue celles qui manifestent par leur attitude ou leur comportement des signes de troubles mentaux : personne incurie, clochardisée, agitée, soliloquant, manifestant des signes de repli, de bizarrerie ou semblant être sous l'influence d'un produit (alcool, toxiques). D'autres signes sont recherchés :

- qui témoignent d'un comportement inadapté dans la rue, tel que le fait de ne pas se mettre à l'abri de la pluie ou du soleil, ou des techniques de manche inadéquates.
- l'accumulation de vêtements (plusieurs vestes, pantalons) indépendamment de la température ambiante.
- des signes de violences subies (hématomes, plaies) ;
- des symptômes apparents de troubles somatiques (toux, boiterie, lésion de grattage)

L'observation plus ou moins longue de la personne à distance permet de rassembler un faisceau d'indices visuels (et parfois auditifs) sur l'aspect vestimentaire de la personne, ses chaussures, la présence d'un sac, son hygiène corporelle, son attitude, etc. Ce premier repérage visuel ne suffit souvent pas. Il doit être complété par un dialogue avec la personne qui permettra de confirmer, par exemple, les éléments délirants ou le degré d'anxiété, et poser les jalons d'un premier diagnostic (cf. infra, l'évaluation psychiatrique).

Un autre objectif du repérage dans le travail de rue est de connaître les conditions concrètes de vie des personnes dans ce milieu spécifique qu'est la rue, afin de mieux comprendre leurs besoins et les aider à anticiper les dangers auxquels elles sont exposées¹⁵. Les professionnels ont construit un savoir qui leur permet une lecture singulière de la rue et de ses habitants. Ils ont appris à repérer des signes peu visibles pour le passant ordinaire : des vêtements dans une poubelle près d'un banc public qui indique qu'une personne a "habité" ce banc, un matelas roulé sous un porche, une accumulation de sacs, etc.

La déambulation dans la ville à la recherche des personnes cibles, est une recherche d'indices. Cette forme de "jeu de piste" est un aspect troublant du travail de rue. Les professionnels utilisent d'ailleurs la métaphore de la chasse (« *la traque* », le « *documentaire animalier* », « *un nid* », « *la capture* », la « *technique du point d'eau* ») ou de la pêche (« *un endroit poissonneux* », « *appâter* ») pour parler de cette pratique de recherche d'une personne ou sa poursuite dans la rue. Ce registre sémantique est semblable à celui qu'a analysé Anne Lovell dans sa description du travail des *outreach teams* de New York et leurs attitudes lorsqu'ils cherchent à entrer en contact avec un *homeless* (Lovell, 1996).

Les mots « *traque* », « *piste* », « *planque* » évoquent aussi, pour les membres de l'équipe, l'activité de filature des policiers. Les professionnels expliquent d'ailleurs être parfois confondus avec des « *indics* », voire avec des « *flics* », particulièrement lorsqu'ils procèdent à une hospitalisation sous la contrainte. Il faut reconnaître que, dans certaines situations, les méthodes d'approche des personnes comportent des similitudes avec des techniques de

¹⁵ Hypothermie, déshydratation, mais aussi des actes de violence (agression physique, agression sexuelle, vol) qui sont plus élevés pour les personnes sans abri souffrant de troubles mentaux (Lovell et al, 2008).

filature ou d'interpellation policière¹⁶ : surveillance à distance de la personnes en attendant que le véhicule des pompiers arrive (« *je suis en contact visuel avec Mme X* » disent-ils à leur collègue au téléphone) ou suivi rapproché de la personne lorsqu'elle est « *en mouvement* » dans la rue tout en essayant de la ramener vers le véhicule des pompiers, et dans les deux cas, le professionnel conserve le téléphone vissé à l'oreille (à défaut d'oreillette !) pour rester en contact avec le reste de l'équipe.

Cependant, la plupart des professionnels qui utilisent le mot « traque » le font avec dérision, suggérant une forme d'ambivalence, entre attraction et répulsion, envers cette pratique de recherche des personnes sans-abri dans la ville. La similitude avec une démarche éthologique les met mal à l'aise car elle sous-tend d'ôter leur humanité aux personnes (sur)vivant dans la rue. Elle est cependant attractive car la déambulation dans la ville à la recherche des personnes prises en charge par l'EMPP est à la fois une forme « *d'aventure* », tout en étant une expérience très particulière d'appréhension de l'espace public : après sa première tournée de rue, toute personne (professionnel, stagiaire, ethnologue) pose un autre regard sur le centre-ville et ne peut plus le traverser comme un simple passant. C'est une expérience troublante qui exerce un certain attrait :

« Et le côté d'être sur des trucs que personne ne voit. D'être un peu le spectateur et le témoin de choses auxquelles personne n'a accès. Et en plus avec une certaine revendication sociale, les plaidoyers derrière, au fond de toi, automatiquement. C'est spécifique à ce travail, ça apporte quelque chose au professionnel qui le fait, d'avoir ce contact avec la réalité. C'est la réalité. C'est plus les mots, c'est plus des situations, c'est plus un cas clinique, c'est plus un budget, c'est une personne » [E]

Ce changement de regard sur la rue, sur « la réalité », cette perception nouvelle des traces de vie que laissent transparaitre les gens de la rue, sont le début de l'apprentissage de ce travail. Percevoir subitement les détails d'ordinaire peu visibles et rattacher ces signes, inconsciemment d'abord, systématiquement ensuite, à une personne, à ses conditions de vie et à sa potentielle maladie, telles sont les évolutions du regard que connaissent les professionnels de l'EMPP. Percevoir ces indices est le commencement de cet apprentissage, savoir les chercher et les interpréter en est la continuité. Chaque centre-ville regorge d'espaces « interstitiels » (Lovell, 1996) débordant de ces traces de vies menées dans l'espace public. Une fois cela appris, la ville, aussi familière qu'elle puisse être, n'a plus le même visage.

A l'instar des professionnels du samusocial de Paris décrits par Cefai et Gardella (2011), ceux de l'EMPP ont exercé leur regard et ils connaissent parfaitement les « lieux de vie » des sans abri dans l'hyper centre de Marseille. Ces espaces interstitiels sont des bouts de trottoirs, des abribus, des porches, des parkings souterrains, des bouts de jardins publics. Ils les habitent dans la journée, nouant un réseau de sociabilité avec d'autres sans-abri ou avec certains commerçants et habitants du quartier, s'adonnant parfois à des activités de mendicité qui leur assurent quelques revenus, et passent la nuit dans un autre lieu (squat, UHU, autre lieu interstitiel) plus à l'abri des regards et des agressions. D'autres les habitent aussi la nuit, construisant parfois des abris de fortune (cartons), et disposent autour d'eux leurs « biens » (sacs, caddies). Cependant, les tournées de rue sont parfois infructueuses. Les professionnels décrivent volontiers leur travail comme un « *travail de fourmi* » consistant à passer et à repasser par les endroits habituellement fréquentés par les personnes, sans les trouver pendant plusieurs maraudes, mais ce n'est que la répétition des maraudes qui finit par être efficace.

¹⁶ Toutes les hospitalisations sous contrainte ne se passent pas de cette manière. Certaines sont plus proches d'une hospitalisation libre, sans « traque » et sans aucune opposition par la personne. A contrario, d'autres sont plus violentes et nécessitent l'intervention des forces de l'ordre. De plus, toute « traque » ne donne pas lieu à une hospitalisation sous la contrainte.

B - Le contact

Par « contact », nous entendons la manière dont un professionnel va entrer en interaction avec une personne qu'il a repéré comme pouvant relever d'une intervention de l'EMPP. On compte une moyenne de 3,8 contacts (soit des rencontres effectives) par tournée (données rapport activité 2011).

Les professionnels de l'EMPP connaissent et respectent « *les frontières invisibles sur un trottoir [qui] font partie de l'habitat de la personne* » [E]. Dès lors, ils sont particulièrement attentifs à ne pas être intrusifs dans leur manière d'entrer en contact. Parce qu'il leur arrive d'être rejetés, voire insultés, par les personnes qui se sentent menacées par la simple présence des professionnels ou leur volonté d'établir un contact, ils demandent la permission à la personne de lui parler, de s'asseoir près d'elle ; ils respectent une proxémie qu'ils ré-évaluent pour chaque personne. Parfois une "bulle" d'intimité se crée comme lorsque la personne se déshabille au milieu de la rue et des passants pour que le médecin l'examine, ou quand elle livre une part intime de sa vie, des éléments douloureux et/ou honteux, des étiquettes qui lui ont été collées un jour et dont elle connaît, pour les avoir expérimentées, le caractère stigmatisant et violent.

Pour entrer en contact, chacun recourt à des civilités et à une formule de présentation qui lui sont propres :

- « Je suis médecin, on travaille avec les gens de la rue »
- « On est une équipe médicale et sociale qui s'occupe des gens en grande détresse qui sont dans la rue. »
- « On est une équipe de l'assistance publique rattachée à Ste Marguerite ».
- « On fait partie d'une équipe qui dépend de l'hôpital et on travaille « pour » les gens de la rue ».
- « On est une équipe de rue qui nous occupons de voir si les personnes qui vivent dans la rue ont besoin de quelque chose » [NT]

D'autres se présentent comme « *travaillant avec MdM* », « *Parce que ça passe mieux. Si tu dis de suite psychiatrie, il y a plein de gens avec qui ça ne passe pas. AP-HM déjà ça dépend. Tandis que MdM, ça rassure beaucoup plus. C'est plus facile pour faire le lien.* » [NT]. D'autres encore se réfèrent à l'histoire de l'équipe ou à ses membres emblématiques : ils disent travailler avec Hermann ou faire partie de l'équipe de Vincent Girard. A cette formule de présentation s'ajoute fréquemment: « *on vient voir si vous avez besoin de quelque chose* », « *Vous avez des problèmes avec la santé ? On peut rester discuter un peu avec vous ?* » [NT].

Cette variabilité dans l'affichage de l'activité de l'équipe et dans l'affichage de ses attaches institutionnelles, s'explique par l'absence de formation des nouveaux professionnels en amont du travail de rue pour aller vers des personnes qui ne sont pas en demande. Les professionnels médicaux, para-médicaux et médico-sociaux apprennent à se présenter aux usagers dans le contexte habituel des systèmes de santé, *i.e.* lorsque l'usager est en demande d'une intervention médicale ou médico-sociale (consultation, soins, conseil, information, etc). Dans l'EMPP, leur formation s'effectue « sur le tas », par compagnonnage, et il leur est demandé de faire « *comme ils le sentent* ». De plus, il n'y a pas de consensus sur la manière de se présenter, chaque professionnel étant libre de bricoler ses pratiques dans un cadre particulier qui est celui de la rue, où il ne dispose d'aucun « appareillage symbolique » (Goffman, 1973) de professionnel de santé (ni vêtements, ni badge qui permettait de l'identifier et d'identifier son appartenance à l'hôpital public). Il est d'ailleurs parfois assimilé à la population SDF par les autres citadins, ou par les sans-abri eux-mêmes, et il peut voir sa légitimité mise en question aussi bien par les passants que par les personnes sans abri (en particulier lors des

hospitalisations sous la contrainte)¹⁷. Pour l'avoir expérimenté, je peux témoigner du regard stigmatisant des passants ou des passagers d'une rame de métro qui s'écartent immédiatement de vous. Dans de telles situations, le professionnel peut modifier sa « façade sociale » (Goffman, 1973 : 29) afin de réaffirmer son statut professionnel, au risque de compromettre le soin. Ainsi, un médecin qui avait établi une relation de confiance avec une personne schizophrène et très incurie, l'a convaincu d'accepter une hospitalisation. Il l'a accompagné en transport en commun (autobus) jusqu'à l'hôpital. Alors que leur conversation portait sur des choses ordinaires (football, météo, etc.), il a senti le regard discriminant des passagers, ce qui l'a mis très mal à l'aise. Il a alors orienté la conversation sur le passé médical de la personne, indiquant ainsi sa qualité de médecin, ce qui a eu un effet néfaste sur l'accompagnement de la personne : elle s'est sauvée à l'arrêt de l'autobus.

Le manque de lisibilité maintient un flou dans les premiers temps du « contact » qui, dans certains cas, permet d'éviter d'effrayer la personne, mais peut aussi *a contrario* entretenir la méfiance des sans abri à l'encontre des professionnels de l'EMPP. Elle maintient enfin une confusion pour les bénéficiaires entre un statut de service public et celui d'associations caritatives.

Cette variabilité dans la présentation traduit également une instabilité dans l'identité professionnelle sur laquelle nous reviendrons dans la discussion.

Une poignée de main de chacun des professionnels de l'EMPP accompagne la formule de présentation au cours de laquelle chacun décline son identité, et ouvre la séquence d'interaction qui va réellement constituer le « contact ». Le toucher est un temps important du contact. Outre le fait que la poignée de main appartient aux rites d'interactions partagés par le plus grand nombre, elle témoigne à la personne sans-abri la bienveillance des professionnels, et leur considération. Cependant, certaines personnes sans-abri craignent les contacts et refusent cette poignée de main, ou ne touchent la main du professionnel que du bout des doigts, voire pas du tout.

A la suite de cette présentation, les professionnels demandent à la personne la permission de s'asseoir ou de s'accroupir à ses côtés et de lui parler. Si elle accepte, une conversation ordinaire s'instaure au cours de laquelle un questionnement plus ou moins discret sera fait (cf infra : évaluation).

C - L'évaluation

Au cours de ce premier contact, et dans les contacts ultérieurs, une évaluation multidimensionnelle va être conduite par les professionnels. Il ne s'agit pas de « consultations à ciel ouvert », car l'interrogatoire et l'examen cliniques sont tronqués ; mais surtout, cette évaluation ne vise pas à établir un diagnostic, même si celui-ci peut souvent être posé. Son objectif est de réunir le plus d'éléments pour orienter, voire accompagner, la personne vers la structure *ad hoc* (PASS, consultations de MdM, hospitalisation, accueils de jour, consultations de l'EMPP). L'intervention des professionnels s'apparente donc plus à celle des *gatekeepers*, qu'à une activité de consultation médicale ou sociale à ciel ouvert. Cependant, de véritables entretiens médicaux ou sociaux sont souvent possibles malgré les conditions difficiles de leur réalisation. Néanmoins, les professionnels proposent systématiquement aux personnes rencontrées de venir en consultation dans les locaux de l'EMPP où les conditions matérielles permettent une sécurité et une intimité nécessaires au diagnostic et aux soins.

¹⁷ Anne Lovell a noté les mêmes attitudes envers les *outreach teams* à New York (voir Lovell, 2001 : 130).

➤ *Évaluation somatique*

Globalement, tous les professionnels peuvent être alertés par des troubles somatiques et demander à une infirmière ou au médecin généraliste de venir voir la personne là où elle se trouve dans la rue. Cette évaluation peut aussi être demandée par d'autres sans-abri qui sont alertés par des plaintes de leur compagnon d'infortune.

La clinique somatique de la rue est assez rudimentaire, car le médecin ne peut souvent pas examiner la personne, ou ne peut le faire qu'à travers sa couche de vêtements. De même, les réponses des personnes sans abri sont parfois imprécises (voire incompréhensibles lorsqu'elles ne parlent pas une langue connue des professionnels)

Un des signes recherchés systématiquement par les professionnels est la perte de la mobilité, qui expose la personne sans abri à plusieurs dangers (hypothermie, dénutrition, agression, etc). Ils cherchent aussi des signes d'insuffisance respiratoire (dyspnée, cyanose, toux), de parasitoses (grattage).

➤ *Évaluation psychiatrique*

L'évaluation psychiatrique vise à confirmer la présence de symptômes de troubles psychiatriques sévères, voire à poser un premier diagnostic. Il s'agit d'une part d'intégrer la personne dans la file active de l'équipe, et d'autre part d'évaluer la gravité du symptôme et/ou de rechercher une situation de crise pouvant conduire à une hospitalisation. Le psychiatre demande à la personne de retracer son parcours, tout en étant attentif aux éventuelles incohérences ou propos délirants. Toute la difficulté est de pouvoir poser des questions précises (comme celles permettant de repérer une désorientation temporo-spatiale) sans être intrusif auprès d'une personne qui n'est pas captive et qui peut interrompre la rencontre à tout moment.

L'entretien psychiatrique dans la rue diffère principalement par son environnement qui n'est pas sécurisant, ni pour la personne ni pour le professionnel, comme il peut l'être dans un cabinet de consultation ou à l'hôpital, et par l'absence d'intimité relative. Le cadre de l'entretien est également très différent : le psychiatre ne se présente pas comme un thérapeute, ni même comme un expert, mais comme une personne ressource pouvant apporter une aide si la personne sans abri la demande.

➤ *Évaluation sociale*

L'évaluation sociale est engagée par tous les professionnels, quel que soit leur métier, lors des premiers contacts. Elle sera ensuite complétée par les assistantes sociales. Cette évaluation sociale opère à deux niveaux :

1) L'individu : il s'agit dans un premier temps de connaître l'identité de la personne, et de savoir si elle a en sa possession ses papiers d'identité pour pouvoir engager le cas échéant les démarches d'accès aux droits sociaux. Il s'agit ensuite de savoir si la personne a des droits ouverts à la sécurité sociale, pour pouvoir demander le cas échéant la CMU ou à l'AME selon la situation. Il s'agit enfin de connaître les ressources éventuelles de la personne (RMI, RSA, AAH, retraite, pension d'invalidité) pour pouvoir au mieux l'accompagner dans un projet de logement. Enfin, et ce questionnement ne vient souvent que tardivement dans la rencontre car il est source d'anxiété ou de repli, il s'agit d'explorer l'environnement familial de la personne pour pouvoir faire appel à la famille en tant que soutien à la personne, mais également aux professionnels lorsque l'accompagnement au rétablissement devient effectif.

Connaître l'identité des personnes (et disposer de papiers officiels attestant de cette identité) est une étape fondamentale pour leur permettre un accès à leurs droits sociaux, à des

ressources, à une citoyenneté et à une continuité des soins médicaux. Cette identité n'est pas toujours connue pour plusieurs raisons : certaines personnes sont atteintes de délire identificatoire qui leur font adopter une identité fictive ; d'autres sont persécutées (au sens psychiatrique du terme) et refusent de livrer leur véritable identité ; d'autres enfin ont des troubles cognitifs responsables de perte de mémoire. A ces raisons s'ajoute l'absence fréquente (par perte ou par vol) de pièces d'identité.

Les démarches accomplies pour trouver l'identité de Mr M (encadré) sont à ce titre exemplaire du bricolage et de l'inventivité dont doivent faire preuve les travailleurs sociaux, bien que d'autres catégories professionnelles se mobilisent. Elles contrastent avec l'illusion d'une société transparente où les personnes et leurs actes seraient identifiés et archivés.

Mr M est rencontré régulièrement par l'équipe depuis plusieurs mois. Il n'a pas donné son identité (la connaît-il ?), il ne possède aucun papier, et il est nommé par l'équipe par un pseudonyme renvoyant à son aspect physique. Un dossier informatique a été ouvert sous ce pseudonyme. Son état s'étant dégradé, une hospitalisation a été décidée au cours de laquelle il livre une identité, une date et une ville de naissance (Marseille). L'assistante sociale contacte la mairie de Marseille pour obtenir un acte de naissance. Ce monsieur ne figurant pas dans les registres de l'état civil de la ville de Marseille, l'assistante sociale renouvelle la demande avec différentes combinaisons de noms et prénoms que Mr M lui donne à chaque rencontre. Il évoque une naissance en Algérie, ce qui conduit l'assistante sociale à contacter le consulat d'Algérie, ainsi que les registres de l'état civil de Nantes centralisant les demandes d'actes de naissance pour les français nés à l'étranger. Mr M déclarant avoir travaillé dans une des usines de la ville, l'assistante sociale contacte l'usine pour consulter le listing de toutes les personnes y ayant travaillé. Démarches vaines. Elle se rend alors dans un service de la police nationale : Mr M, sous les différentes combinaisons d'identité, n'est pas inscrit dans le fichier des étrangers, ni dans celui des personnes détentrices d'un permis de conduire, ni dans celui des personnes ayant commis un crime ou un délit. Munie d'une carte de France, elle lui fait pointer toutes les villes où il dit avoir résidé, et demande un acte de naissance dans toutes ces villes. Démarches également vaines. Au bout de quelques semaines, il livre une nouvelle identité sous laquelle il est enregistré dans une unité d'hébergement d'urgence (UHU) où il dormait régulièrement. L'UHU possède une photocopie d'un certificat de caisse de retraite à laquelle ce monsieur aurait cotisé. Il existe bien un relevé d'activité et de cotisation à la caisse de retraite mais quand l'UHU déclare posséder une photocopie de pièce d'identité de Mr M, le soulagement n'est que de courte durée, la photocopie est de mauvaise qualité et la photo ne correspond pas à la personne. Mr M, quant à lui, est retourné vivre dans la rue, dormant parfois dans l'UHU. L'équipe continue de le rencontrer le plus souvent possible pour lui donner les médicaments (neuroleptiques) dont il a besoin. [NT]

Les personnes qui vivent dans la rue peuvent avoir des ressources (retraite, pension d'invalidité, RMI, RSA, AAH) modestes. D'autres, en particulier les personnes en situation irrégulière, n'en ont aucune. Dans les deux catégories, la mendicité est une source de revenus exclusive ou complémentaire. Nous ne reviendrons pas sur les techniques de mendicité, bien décrites et analysées par ailleurs (voir Pichon, 1992).

En 2010, 30% des personnes de la File active étaient sans ressources¹⁸ :

- soit parce qu'elles sont en situation irrégulière
- soit parce qu'elles sont en errance
- soit parce que, du fait de la maladie mentale et d'une incapacité à accomplir les démarches administratives, elles ont perdu leurs droits.

¹⁸ Sachant que pour 31% de la FA en 2010 cette information était manquante dans le recueil de données

Leurs techniques de manche sont souvent inadaptées et inefficaces ce qui accentue leur dénuement. En revanche, d'autres personnes les maîtrisent parfaitement (compétences de survie), ou sont installées durablement dans un quartier et bénéficient de la générosité des habitants du quartier (nourriture, vêtements, couvertures, argent).

2) L'Acteur ou « l'écologie de la survie »

La dernière dimension de l'évaluation est spécifique aux EMPP du fait du milieu de vie des personnes cibles : la rue. Les conditions de vie dans la rue étant particulièrement dures, seules les personnes ayant des « compétences » (terme utilisé par l'EMPP) peuvent trouver les ressources (institutionnelles ou informelles) nécessaires à leur survie, éviter les dangers et aménager des lieux de vie dans l'espace public.

Ces compétences sont un savoir (connaître les ressources) et un savoir faire (savoir les utiliser) pour s'adapter à l'environnement particulier de la rue. C'est pourquoi les intervenants associatifs et institutionnels, ainsi que les chercheurs (Cf. Céfai et Gardella, 2011), utilisent l'expression « écologie de la survie » pour décrire et analyser l'adaptation – c'est-à-dire la capacité à développer des stratégies de survie - des personnes à l'environnement physique et institutionnel des sans abri.

Les ressources institutionnelles ou associatives à la disposition des personnes sans abri sont :

- le 115
- les UHU et centres d'hébergement
- les lieux de distribution de repas ou de nourriture
- les fontaines
- les vestiaires
- les accueils de jour où ils peuvent être domiciliés pour recevoir leur courrier, mais aussi prendre une douche et laver leur linge.
- les lieux de soins (PASS, urgences, consultations Mdm)

D'autres ressources sont plus informelles :

- les douches sur la plage en été
- les sources de chaleur en hiver comme les bibliothèques publiques
- les toilettes ou douches privées qu'ils peuvent utiliser

Plusieurs travaux de sociologues et d'anthropologues ont décrit les stratégies des SDF pour survivre dans la rue (y compris les lieux et techniques de manche) (Pichon, 1996 ; Rullac, 2006) aussi nous ne nous attarderons pas. Nous voulons simplement mettre l'accent sur le rôle des médiateurs de santé pairs dans cette équipe qui, possédant un savoir expérimentiel de la vie dans la rue, ont transmis aux autres professionnels de l'EMPP leur connaissance de l'écologie de la survie, leur permettant ainsi d'évaluer les compétences de chaque personne de la file active, ou susceptible d'y entrer.

D - « Créer le lien »

Au cours des staffs, un des objectifs que l'équipe se donne vis-à-vis d'une personne concerne la notion de lien. Il s'agira de « créer le lien » ou de « continuer » ou « maintenir le lien ». Ces deux expressions sont inscrites sur le tableau de file active par acronyme CLL. Cette notion de lien vient aussi pondérer les décisions prises à propos des cas urgents ou des situations dites de suivi intensif. La « perte » ou la « rupture du lien » étant interprétée comme un signe clinique de dégradation de la personne et donc potentiellement de sa situation.

La mobilisation de cette notion de lien, l'usage qui en est fait et l'évaluation de la qualité du lien repose sur un usage au sens commun de la notion, sur une définition qui est supposée être partagée par tous sans pour autant n'avoir jamais été explicitée.

Trois ensembles de questions portant sur les pratiques des professionnels de l'équipe découlent alors de cette remarque :

- Quelles sont les pratiques mises en œuvre pour « créer le lien », l'entretenir, l'initier ou le développer ?
- Qu'est-ce que le lien ? que recouvre la notion ? Comment est-il évalué ?
- Pourquoi cette notion semble-t-elle aussi centrale ? Quels objectifs recouvrent la création ou le maintien du lien ?

Suivant la ficelle d'Howard Becker, nous commencerons par apporter quelques éléments de réflexion au premier ensemble de question qui correspond au « comment » (Becker, 2002) de la création du lien. Cette entrée dans le sujet par le comment, permet d'éclairer ce dont il est question lorsque cette notion de lien est utilisée. Nous verrons alors ensuite « pourquoi » la construction du lien semble si importante.

➤ *Quelques ficelles pour tisser le lien*

Les techniques de création du lien font partie des savoirs pratiques développés au sein de l'équipe, appris « sur le tas » et que les professionnels tentent de transmettre à toute nouvelle personne arrivant dans l'équipe de façon implicite et principalement par observation-imprégnation. Ces quelques techniques ne sont pas propres à cette équipe mobile et se retrouvent à quelques nuances près dans toutes les équipes mobiles qui effectuent du travail de rue. Ainsi Daniel Cefai et Edouard Gardella (2011) en font une description fine et détaillée dans leur travail sur le Samusocial de Paris. Ils y analysent les variations qui ont lieu dans les modes d'interaction entre maraudeurs du Samusocial et bénéficiaires de leur service.

Parmi les éléments que mettent en avant ces auteurs comme outils de création du lien, quatre méritent ici d'être cités et discutés par rapport au cadre particulier de l'EMPP :

- *L'usage des conversations anodines*, sortant du cadre de leur prestation de service de distribution de biens, et faire de la *sociabilité* « au sens du pur plaisir d'être ensemble » (Cefai et Gardella, 2011 : 314). Cet usage de la conversation anodine se retrouve dans les pratiques de tournées de rue de l'équipe MARSS mais il faut ici y apporter une nuance. L'objectif de la maraude du Samusocial réside dans l'apport de biens, donner un café, une soupe... et la discussion et la sociabilité sont un plus, l'ajout d'une « strate de sens à ce qui se passe » (ibid. 316). Dans le travail de rue réalisé par l'équipe MARSS, la discussion et la coprésence sont primordiales à la construction de la relation. Ce sont alors les biens matériels qui peuvent être distribués qui sont un plus dans la construction de la relation : « *un outil du lien* ». On constate donc une inversion avec la pratique du Samusocial dans l'importance accordée à la distribution de bien et à la discussion, et dans les objectifs respectifs de ces actions. Cela se traduit par l'hétérogénéité des biens apportés aux personnes rencontrées (cf. point suivant) ; de plus, aucun de ces biens n'est initialement fourni par le dispositif, ce sont les professionnels qui les amènent en les achetant avec leurs ressources propres.

- *S'enquérir de l'état de santé de la personne* est un autre élément d'importance. Pour les maraudeurs du Samusocial poser la question « ça va ? » relève autant du rituel social que d'une preuve de sollicitude envers la personne. Pour les professionnels de l'EMPP, interroger la santé des personnes de la file active est l'objet même de leur travail. Cette distinction se retrouve très clairement dans le déroulé des interactions. En effet, si les séquences de rencontres s'ouvrent fréquemment par cette question du « ça va ? » ou du « comment vous

allez ? » dans son usage rituel et généraliste, elles se poursuivent par la même question, mais cette fois posée dans un registre plus orienté, plus personnel et situé. Passant d'un « ça va » général, appelant le plus souvent une réponse évasive, à une interrogation fine « mais aujourd'hui, ça va comment ? », « et votre jambe, ça va mieux ? », etc... De fait, si Samusocial et EMPP-MARSS doivent pareillement soutenir les réponses complexes à cette question rituelle, les informations recueillies à cette occasion n'ont pas les mêmes valeurs. « Embarrassantes » (*ibid* : 319) pour les uns, elles sont un des objectifs de la rencontre pour les autres.

- *L'importance de la posture physique au moment de la rencontre.* S'accroupir ou s'asseoir auprès de la personne, ni trop près, ni trop loin, plutôt que de rester debout¹⁹, la posture physique lors de l'adresse est un des éléments fondamentaux du savoir du travailleur de rue. Pour des raisons de proxémie et de langage des corps, les membres de l'équipe s'asseyent, s'accroupissent et parfois même s'allongent à côté des personnes auxquelles elles rendent visite... quand cela demeure possible. En effet, du fait de la fatigue causée par de longues heures de marche, pour des questions de santé passagères ou chronique, tous ne peuvent pas s'accroupir et se lever en permanence. La voie moyenne, consistant à se pencher très franchement, le corps plié en deux, pour se rapprocher de la personne, sans avoir à plier les jambes.

La proximité qui résulte de ces mouvements des corps, ne se limite pas à la seule distance physique. Cet élément de la modalité relationnelle est aussi partie prenante de cette notion de lien en construction. Chaque personne possède une distance au-delà de laquelle il ne faut pas aller. Les dimensions de cet espace personnel sont variables et inversement proportionnelle à la qualité de la relation qui unit deux personnes (Goffman, 1973). La possibilité pour les professionnels de réduire cette distance sans provoquer de contestation de la part de la personne sera un signe de l'amélioration du lien. Une certaine gradation peut être établie, allant de la fuite de la personne dès le contact visuel à la salutation par le contact physique avec des accolades très serrées.

- *Offrir et partager des biens matériels ou de consommation.* L'apport de bien matériel ne fait pas partie des missions de l'équipe. Pour autant, les échanges matériels sont de véritables moyens d'entrer en relation ; tout particulièrement dans les milieux fonctionnant avant tout sur le mode de la débrouille.

Transgressant les bonnes pratiques pour un service de santé, les professionnels de l'équipe font un usage courant du tabac pour entrer en relation. Le tabac est une monnaie d'échange ordinaire dans la rue et si les professionnels de l'équipe en ont toujours fait usage de façon intuitive, les méthodes d'approche mise en œuvre par les médiateurs de santé ayant connu la rue n'ont fait que confirmer cet usage.

Utilisé comme outil du lien, le don de tabac ne se fait pas que dans la rue. De nombreux patients hospitalisés quittent l'hôpital pour se procurer du tabac (alors qu'ils n'y sont pas autorisés et parfois sans y revenir) ou risquent l'exclusion d'un service du fait de l'irritabilité dû au manque et l'insistance extrême dont ils font preuve dans leur demande de cigarettes auprès du personnel hospitalier comme des autres patients. C'est pourquoi, il est très fréquent

¹⁹ « cela signifie que l'équipe ne fait pas que passer – elle n'est pas en train de faire la course et peut se payer le luxe de donner du temps – et qu'elle ne regarde pas les usagers « de haut » (...) c'est une marque de déférence pour le sans-abris : ses visiteurs se mettent à sa hauteur. (...) le sens des gestes et des mots n'est pas le même quand on est à deux mètres de distance, en surplomb, et à cinquante centimètres, à parité corporelle. Un visage n'a pas, de près, les mêmes contours ni les mêmes expressions et une parole énoncée à voix basse, de la bouche à l'oreille, a une tout autre portée qu'une parole à voix haute qui tombe de dessus » (Cefaï & Gardella, 2011 : 317)

que les membres de l'équipe amènent des cigarettes aux personnes hospitalisées. Un système de paquets de cigarettes mis spécialement à disposition des personnes de la rue dans le service psychiatrique dont dépend l'équipe mobile a même été mis en place pendant un temps²⁰. Si apporter des cigarettes à une personne déjà connue de l'équipe et plus particulièrement pour répondre à une sollicitation explicite allant dans ce sens, peut être fait par n'importe quel membre de l'équipe, donner des cigarettes lors des tournées de rue, demande à ce que le professionnel soit lui même fumeur. Ainsi, aussi efficace qu'il soit pour nouer le contact, le don de tabac est fréquemment source de débat au sein de l'équipe. Une part importante de la file active de l'équipe connaît des problèmes d'addiction au tabac et une part non moins importante présente des affections pulmonaires. Le don de tabac met alors en tension une pratique qui est très clairement transgressive d'un point de vue médical (inciter quelqu'un à fumer) et une un geste particulièrement efficace dans la mise en œuvre d'une relation conviviale.

Face à cette pratique du don de tabac qui présente l'avantage d'être utilisable avec une majorité de personne de la rue et particulièrement lors des premiers contacts, les professionnels sont très attentifs aux demandes originales qui peuvent leur être adressées : une femme, après s'être faite voler la sienne, demandant une nouvelle flute à bec ; un homme demandant une chemise à carreaux ; un autre, en fauteuil roulant, ayant besoin d'une nouvelle paire de gant et d'un rouleau de ruban adhésif multi-usage pour les faire durer plus longtemps, etc... Ces demandes, autres que des biens de première nécessité ou du matériel d'urgence sont de véritables moyens d'accroche pour l'équipe. Y prêter attention et tenter d'y répondre est un moyen d'accrocher la personne, de lui signifier qu'elle a été entendue et de se présenter comme une personne susceptible de répondre à certaines de ses attentes ou de l'aider à y répondre.

Ces dons matériels, quels qu'ils soient, n'ont pas de finalité en eux-mêmes, ils sont des « outils du lien ». Il s'agit bien d'inscrire cette circulation de bien dans une dynamique du don en tant que construction d'un lien social (Mauss, 1950). Il ne s'agit pas de fournir les personnes rencontrées en tabac, de les nourrir, de leur permettre de boire de l'eau ou de les habiller, mais bien d'initier une relation, et non pas la circulation de biens matériels, dans l'espoir de voir cette relation se développer en sociabilité.

➤ *Les conditions de la relation*

Ces quelques éléments, physiques, matériels, ou situationnels qui participent à l'instauration d'une relation entre une personne de la rue et un ou plusieurs membres de l'équipe, s'inscrivent dans des dimensions plus larges et englobantes sans lesquelles ces relations ne pourraient se construire.

1) être en adéquation avec la situation

En premier lieu, il faut souligner l'importance de l'adaptation des professionnels, de leurs modalités relationnelles et langagières et des services qu'ils proposent au public auquel il s'adresse. Nous avons évoqué l'adaptation de la posture corporelle, se mettre à la même hauteur et ne pas empiéter sur « les territoires du moi » (Goffman, 1974) de la personne mais cela concerne aussi l'adresse verbale.

²⁰ Les questions éthiques que cela soulevait pour le personnel du service et les tensions généraient auprès des autres patients ne bénéficiant pas du même service ont rapidement mit un terme à cette pratique.

Variation de langue et de langage

Au-delà de l'adaptation des sujets de conversation (comme évoqué précédemment) se trouve aussi l'intention de s'exprimer dans un langage adapté. Il s'agit alors de savoir faire varier les registres de langage, de la discussion commune à une explication médicale et technique et parfois les langues elles-mêmes. De nombreuses personnes de la rue maîtrisent mal la langue française et le recours à l'anglais ou à l'allemand est quotidien (du fait de leurs origines, deux des médiateurs de l'équipe ont comme langue maternelle l'allemand). D'autres membres de l'équipe peuvent, plus rarement, mener des entretiens en espagnol, en portugais ou en roumain. Mais cette maîtrise des langues étrangères n'est pas partagée par tous les membres de l'équipe et ne peut donc pas être mobilisée à tout moment. Il est donc fréquent que tel professionnel parlant telle langue soit interpellé par d'autres membres de l'équipe pour rencontrer une personne en particulier. Par ailleurs, la dimension polyglotte du collectif ne suffit pas à pallier tous les obstacles liés à la langue qui peuvent être rencontrés (par exemple, aucun membre de l'équipe ne parle arabe). Il peut être fait usage, notamment pour ceux dotés de smartphones de traducteurs électroniques instantanés. Cette pratique permet de résoudre les situations de communication les plus simples. Lorsqu'elle ne fonctionne pas, elle se révèle tout de même être un outil du lien du fait de l'hilarité qu'elle provoque chez la personne comme chez le professionnel à qui le traducteur délivre des propos totalement incohérents. En dernier recours, un service d'interprétariat par téléphone peut être mobilisé. Ce service est onéreux (45 euros les 15 minutes), le coût étant supporté par le budget alloué à l'équipe. De plus, l'interprète n'est pas toujours originaire du même pays que la personne, ou il peut être originaire d'une ethnie différente et rivale de celle dont est issue la personne, ce qui, dans certaine situation (ex : Afghanistan) peut être une source de problèmes dans la fiabilité de l'interprétariat. Ce sont souvent les mêmes personnes, pour un pays donné, qui assurent le service.

Avoir des propositions correspondant à la situation

Pour qu'une ébauche de relation puisse se dessiner lors des premières rencontres, il est important que la personne ressente très directement le fait qu'elle s'adresse à des professionnels compétents, qui comprennent de quoi elle parle, qui prennent la mesure de ce qui leur est dit et qui y apporte des réponses adaptées. Il ne s'agit que très rarement de répondre directement et immédiatement aux demandes qui leur sont adressées. La plupart du temps, il s'agit de signifier la prise en compte de la situation, de sa complexité et des différents éléments qui la composent. Par exemple, ne pas proposer une hospitalisation à une personne sans avoir préalablement pris en compte le fait qu'elle refuse de se séparer de son chien. Être capable d'entendre qu'une personne refuse de se rendre dans la plupart des centres d'hébergement de la ville parce que sa pratique religieuse lui interdit de côtoyer des alcooliques, etc... Il est alors nécessaire de trouver des solutions alternatives pour respecter ces contraintes individuelles, même si la solution en question est de reporter le projet envisagé en attendant de trouver la solution adéquate.

« Si on trouve un moyen de faire garder votre chien, un endroit où il sera bien, est-ce que ça vous irait ? Aller à l'hôpital pour faire soigner vos jambes ?

- Faut voir

- Bon, donc dès qu'on sait, on revient vous voir et on voit. D'accord ?

- D'accord » [NT]

Et il n'est pas rare que des membres de l'équipe gardent les animaux de compagnie d'une personne le temps d'une hospitalisation ou le temps de trouver une place dans un chenil.

Ce travail d'adaptation des conseils et des orientations demande aux membres de l'équipe de tenir à jour les informations dont ils disposent sur l'existence et le fonctionnement exact des

différentes structures vers lesquelles ils sont susceptibles d'orienter des personnes ou auxquelles ils peuvent faire appel. La question des connaissances réelles du réseau institutionnel existant à destination des personnes sans-abri et de la mobilisation plus ou moins régulière des composantes de ce réseau est abordée dans une autre partie (Chap 3, IV-3).

Signalons que ces preuves de connaissances du réseau, d'adaptation des questionnements et des conseils aux conditions de vie particulières de la personne permettent aux professionnels de construire leur image sociale auprès des personnes de la rue. C'est par cette habileté dans les situations qu'ils se construisent une image d'expert, de personnes compétentes et attentionnées, donnant aux personnes de la rue le sentiment de pouvoir compter sur eux.

« La première étape c'est déjà le premier contact, enfin les premiers contacts, c'est comment tu crées les premières couches de lien, et après c'est comment tu inspires confiance. Comment tu inspires confiance à des gens qui n'ont plus confiance. Souvent certains professionnels disent "oui les gens ils veulent pas". Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas, c'est qu'ils n'ont pas confiance en toi. (...) Un bon professionnel de rue, c'est quelqu'un qui est capable d'inspirer confiance ou du moins assez confiance pour que la personne soit prête à le suivre un moment donné sur une démarche, sur un truc, sur une première... Une première mission, une première tâche, sur du travail en commun. Hélas il ne faut pas se rater sur la première, il faut que ça marche » [E].

2) Prendre le temps

Un des fondements théoriques de la pratique de l'EMPP est le respect de la temporalité des personnes rencontrées dans la rue : c'est la personne qui choisit et qui décide quand, comment, et avec qui elle va s'engager dans un processus d'accompagnement médico-social. Cette temporalité n'est évidemment pas celle des professionnels de santé (en général), formés et habitués à délivrer des soins dès le diagnostic posé, ce qui peut donner lieu à des négociations au sein de l'équipe (entre les professionnels médicaux et les travailleurs sociaux). Dans le travail de rue, les professionnels de l'EMPP apprennent à attendre, parfois plusieurs mois, que la personne exprime une demande ou un besoin (« *on ne va pas les forcer, ça peut prendre des mois. L'important c'est de garder le lien* » NT). De plus, en raison des trajectoires particulières aux pathologies rencontrées (« *un parcours cyclique fait de rémissions et de rechutes* »), ils apprennent aussi à « *renoncer à projeter pour la personne* » un rétablissement, voire « *renoncer à soigner* ».

Cependant, la temporalité du patient n'est pas toujours respectée. Par exemple – et pour ne parler que du travail de rue²¹, c'est parfois la disponibilité des lits d'hôpital (absence de lits disponibles, et plus rarement trop de lits vacants à remplir) qui va décider de la date d'une hospitalisation et non le fait que la personne se sente prête à y entrer. La fréquence et l'opportunité des contacts dans la rue sont influencées par les horaires de travail de l'équipe qui ne coïncident pas toujours avec les périodes au cours desquelles les personnes quittent les lieux interstitiels de la ville où elles s'abritent du froid ou de la chaleur. De même, l'hospitalisation sous contrainte (en moyenne une par semaine) à partir de la rue positionne davantage l'équipe dans l'intervention immédiate que dans l'attente et le respect de la temporalité de la personne, avec tous les dilemmes éthiques que cette décision comporte qui seront détaillés plus loin (page 75).

Les relations peuvent alors se construire sur plusieurs mois, parfois plusieurs années, au fil des rencontres plus ou moins régulières, au gré des tournées de rue. Elles se développent plus rapidement avec les personnes ayant leurs habitudes et leurs lieux de vie réguliers, plutôt

²¹ Les contraintes structurelles et réglementaires sont plus importantes et ont une influence plus grande sur les activités de l'équipe dans le lieu de vie semi-communautaire, et dans l'accompagnement au logement individuel.

qu'avec celles en déplacement constant. Néanmoins, c'est surtout sur la base d'un ressenti personnel qu'un lien va se tisser et d'une alchimie très difficile à décrire que la personne acceptera de suivre les professionnels dans ce qu'ils proposent ou pas.

Tous les cas de figure sont alors possibles (données issues des NT) :

- Un homme, visiblement délirant, soliloquant, clochardisé et repéré par l'équipe depuis plusieurs années, alterne suivant les périodes entre un contact distant mais poli, de brèves discussions ou une fuite immédiate dès qu'il aperçoit les membres de l'équipe. Malgré les nombreux mois passés à le rencontrer (le premier contact remonte à l'hiver 2010) sans jamais lui imposer quoi que ce soit, les différentes tentatives de don (cigarette, sandwich, eau) parfois acceptés, parfois refusés, aucun lien n'a pu être construit sur lequel s'appuyer pour faire évoluer la situation.

- Une femme, à la rue depuis 35 ans, très « ritualisée » accepte très volontiers de discuter avec les membres de l'équipe qui lui rendent visite plusieurs fois par semaine. Dès la première rencontre en novembre 2011, le ton est très cordial et enjoué et le plaisir de la discussion visible. Cette dame parle volontiers de sa situation sociale et de ses problèmes de santé, mais il faudra pourtant plusieurs mois de visites avant qu'elle accepte de donner son nom (mars 2012). Les rencontres, toujours aussi chaleureuses, se poursuivent à un rythme très régulier mais elle refuse toujours d'entamer la moindre démarche de soin ou de recouvrement de ses droits sociaux. Cette dame se présentera d'elle-même aux consultations sociales de l'équipe pour la première fois en janvier 2013. Plus de deux ans de rencontres régulières auront été nécessaires avant de pouvoir entamer la première démarche.

À l'inverse, et de façon inattendue, d'autres situations se débloquent très rapidement. La personne très réticente et parfois agressive au moment de la première rencontre dans la rue, se présentera d'elle-même à la consultation dès la semaine suivante...

Cette temporalité de la construction de la relation, étendue sur plusieurs jours, semaines ou mois, voire années, est difficilement dissociable d'une temporalité de l'immédiat : celle de la rencontre quotidienne.

Qu'elle est la durée d'une rencontre ? Là aussi, les durées sont extrêmement variables : de quelques secondes à plusieurs heures suivant la situation. Les paramètres entrant en jeu sont nombreux (la personne est-elle déjà connue, pour quelle raison est-elle rencontrée, quels sont les impératifs du jour pour les professionnels, quelle est la disponibilité de la personne, etc...). Il est intéressant de noter que cette seule variable du temps passé auprès d'une personne peut être un critère d'évaluation de l'évolution positive ou négative du lien entre une personne et les membres de l'équipe qui la rencontrent.

Combien de temps est-il possible de passer auprès d'une personne avant qu'elle ne mette fin à l'interaction que ce soit en quittant le lieu ou en le verbalisant explicitement de façon plus ou moins directe et/ou vindicative (« vous n'avez pas d'autres personnes à aller voir ? » ; « à la prochaine fois, alors ? » ; « bon c'est bon maintenant, laissé moi tranquille » NT). Ces variations sur le temps passé avec une personne demandent aussi pour les professionnels de savoir adapter leur mode de présentation, leur posture physique, la distance matérielle et verbale à respecter en fonction de l'humeur et de l'état d'esprit du moment de la personne rencontrée. Cela demande donc aux membres de l'équipe d'essayer différentes techniques, de proposer différents objets matériels et de faire varier les sujets de conversations. Autant d'éléments qui sont de l'ordre de la connaissance et de l'habitude à la relation avec cette personne en particulier.

Ainsi, l'accroissement du temps passé auprès d'une personne est interprété comme un signe de la qualité du lien. Une preuve de l'acceptation de la coprésence en un même lieu. Pour durer, cette situation de coprésence nécessite que l'équipe connaisse suffisamment la personne pour adapter son mode d'interaction et que la personne accepte ces visites qui lui

sont rendues et questions et discussions qui lui sont adressées. C'est donc bien d'une familiarisation réciproque à la présence de l'autre dont il s'agit.

Kristina Roumaine [NT]

Le 12/12/2011, une jeune femme est signalée à l'équipe. Elle se trouve à la gare, reste mutique et prostrée. L'équipe apprend par le biais du 115 qu'elle s'appelle Kristina et qu'elle vient de Roumanie. Une première rencontre a lieu dans la semaine qui suit. Le contact est très limité, la jeune femme ne parle pas, n'échange pas de regard. Son âge et sa situation inquiète l'équipe qui décide de lui rendre des visites régulières pour « créer le lien ». Ils lui proposent régulièrement du café (acheté au café de la gare), auquel elle ne prête aucune attention.

La situation ne s'améliore pas, aucun lien ne semble se créer et dans la semaine du 9/01/2012, la jeune femme est « dans la fuite », elle se détourne lorsque elle aperçoit les membres de l'équipe. Pour autant, les visites régulières continuent et l'équipe prend soin de signifier qu'ils quittent les lieux dès lors que la jeune femme fait mine de partir. En fin de semaine, il est décidé de l'hospitaliser mais sans la forcer. L'équipe se rend alors auprès d'elle en véhicule et lui propose de les suivre. La jeune femme restera un peu plus d'une heure à deux mètres de la porte ouverte du véhicule. Le fait qu'elle n'ait pas fui est considéré comme une avancée dans la relation et il est décidé de continuer à la solliciter régulièrement pour l'amener librement à l'hôpital.

Le 16/01/2012, croisée sur le vieux port à côté d'un fast-food lors d'une tournée de rue, il est proposé à la jeune femme de lui offrir un sandwich. Elle ne répond pas directement à cette proposition mais ne fuit pas. Les deux membres de l'équipe s'installent alors à la terrasse du fast-food en signifiant très clairement à Kristina qu'un sandwich est pour elle. Au bout d'une demi-heure passé à la solliciter régulièrement, la jeune femme s'assied à la table, avale son sandwich très rapidement et repart.

Deux jours plus tard, les urgences psychiatriques téléphonent en fin de journée pour signaler une jeune femme prostrée dans leur salle d'attente, qui peut éventuellement faire partie de la file active de l'équipe. Ils demandent à ce que quelqu'un passe la voir. La description qui en est donnée ne laisse que peu de place au doute. Deux membres de l'équipe se rendent donc aux urgences. Personne n'est en mesure de dire comment elle est arrivée-là, mais à son arrivée, la jeune femme a présenté des papiers d'identité, permettant enfin de disposer d'une identité complète pour cette personne. Pendant une heure, les professionnels de l'équipe vont échanger avec la jeune femme, en français et en roumain, par mot simple. Personne ne l'avait jamais autant entendu parler. Pour autant, la jeune femme refuse de quitter la salle d'attente. Elle s'affole dès qu'il lui est proposé d'entrer dans le service des urgences tout en demandant aux professionnels de ne pas la quitter. Face à cette situation bloquée, les membres de l'équipe finiront par quitter les urgences et, plus tard dans la nuit, la jeune femme retournera dans la rue.

Suite à cet épisode, la relation avec la jeune femme s'améliore, l'équipe parle régulièrement de l'hôpital à la jeune femme et prépare une hospitalisation en lui réservant une place. Un week-end, la jeune femme se présente d'elle-même aux urgences psychiatriques et se fait hospitaliser. La semaine suivante, le 31/01/2012, elle sera transférée dans le service où l'équipe lui avait réservé une place. Depuis l'hôpital, l'assistante sociale de l'équipe lui ouvre des droits sociaux et entame des recherches pour retrouver sa famille.

Le 10/02/2012, la sœur de Kristina vient la chercher et elles retournent ensemble en Roumanie.

Dans le cas de Kristina, il est impossible d'affirmer que c'est le seul travail relationnel effectué par l'équipe au cours de ses tournées de rue qui a permis d'aboutir à cette issue positive. Pour autant, pendant toute la période passée dans la rue, cette jeune femme n'a jamais eu recours à aucune des structures d'urgence existantes à destination des sans-abris (aucun recours à l'hébergement d'urgence, ni accueil de jour, ou lieu d'alimentation gratuite).

3) La bienveillance et le choix

Les différents éléments que nous avons présentés jusqu'ici, (les biens matériels, la présentation de soi ou l'encrage temporel des rencontres) visent à signaler de façon directe aux personnes rencontrées que les intentions de l'équipe sont bienveillantes. L'élément déterminant qui permet d'asseoir cette bienveillance, et sur lequel repose la philosophie du programme, réside dans le respect des choix opérés par les personnes.

Nous venons d'évoquer la question de la temporalité de la personne. Si cette temporalité choisie par la personne n'est pas toujours respectée à la lettre, notamment pour les hospitalisations en raison de situations de péril de la personne ou de contraintes institutionnelles ou matérielles (manque de personnel pour mener à bien l'hospitalisation, absence de place disponible dans les services), elle reste un élément déterminant dans les choix opérés par l'équipe.

À cela s'ajoute pour les personnes rencontrées le choix de l'interlocuteur et dans une certaine mesure celui du lieu de la rencontre. Comme évoqué plus haut, lors de la composition des binômes pour les tournées de rue et la répartition des personnes à rencontrer lors de ces tournées, les professionnels cherchent à respecter tant que possible les relations qui fonctionnent ou qu'ils pressentent pouvoir fonctionner, et à éviter celles qui, de toute évidence, ne marchent pas. Est ainsi laissé aux personnes de la rue, le choix de leur interlocuteur, de la personne avec laquelle ils se sentent le plus à l'aise pour échanger, indépendamment de leur statut professionnel.

De la même manière, si les membres de l'équipe se rendent régulièrement sur le lieu de vie de la personne, il leur est aussi proposé de les rencontrer sur les différents lieux où l'équipe assure des permanences (essentiellement les locaux de l'équipe rue Bel Air pour les permanences médicales et sociales et la Boutique Solidarité). En plus des rencontres dans la rue, sur lesquelles la personne n'a que peu de prise, il est alors possible de choisir d'aller rencontrer les professionnels dans d'autres lieux, dans d'autres circonstances, qui se révéleront plus propices à la conduite de certaines activités (notamment d'auscultation ou de renseignement de dossiers sociaux) que ne l'est la rue.

Par ailleurs, cette possibilité offerte dans le choix du lieu de la rencontre peut aussi être saisie par les personnes de la rue pour éconduire poliment les professionnels en proposant une rencontre ultérieure qui n'aura en fait jamais lieu (« *oui, oui, mais ça, je viens vous voir mardi prochain et je vous raconterais* » [NT]). Notons que cette pratique du renvoi à une rencontre ultérieure est aussi mobilisée par les membres de l'équipe, pour couper court à une discussion à laquelle ils ne savent pas comment mettre un terme.

Enfin, dans toutes ces rencontres et plus généralement, tout au long de l'accompagnement et des démarches que pourra entreprendre l'équipe, la personne a toujours la possibilité de refuser ce qui lui est proposé (nous verrons plus loin les situations particulières des hospitalisations sous la contrainte). Il est ainsi possible de refuser les objets proposés, la discussion, les consultations, la possibilité d'avoir des droits sociaux, etc...

Respecter ces refus est une manière de les considérer comme de véritables choix et donc de signifier à celui qui l'opère qu'il est considéré comme une personne à part entière. Ce respect de refus, accompagné de l'obstination à répéter les propositions et à revenir régulièrement voir une personne qui *a priori* refuse tout, participe pleinement à la démonstration de cette posture bienveillante.

➤ « Définir » le lien ?

Comme l'écrivent Cefai et Gardella « créer du lien » est devenu un lieu commun de l'activité des travailleurs sociaux » (2011 : 314). Mais aussi efficace et utile que soit cette notion dans son usage courant, elle reste difficile à définir concrètement. Les quelques pages qui précèdent donnent un aperçu des activités au travers desquelles ce lien peut se créer et des conditions plus larges dans lesquelles se tiennent ces activités.

À travers tout cela, il nous semble que la notion de lien, telle qu'elle est mobilisée dans cette équipe recouvre en fait quatre dimensions relationnelles.

La première dimension est celle de la rencontre et du contact. Ces deux aspects du travail étant abordés par ailleurs, nous précisons simplement ici que c'est la régularité des rencontres et l'acceptation du contact qui entrent dans cette évaluation du lien. Pour une personne que l'équipe ne croisait que de façon très épisodique et qui, par un changement de ses habitudes, croise plus régulièrement la route des professionnels en tournée, il deviendra nécessaire de « créer le lien ». C'est alors la qualité et l'acceptation ou le refus de la prise de contact lors de ces rencontres qui permettra de définir la qualité du lien. Ainsi, une personne qui discutait régulièrement avec l'équipe et qui, au fil du temps raccourcit les interactions ou se met à les éviter, sera interprété par l'équipe comme une dégradation ou une rupture du lien et traduit comme un symptôme d'alerte.

La transmission d'information est la seconde dimension qui se trouve englobée dans la notion de lien. Elle désigne alors le fond des échanges qui ont lieu lors des rencontres. Est-ce que la personne accepte de parler d'elle, de donner son identité ou à l'inverse tient parfaitement la conversation tant qu'elle reste « en surface » et change de sujet ou s'énerve dès que la conversation aborde des sujets plus personnels ou sensibles, au premier rang desquels se trouve la question de la santé mentale et plus particulièrement du rapport à la psychiatrie.

L'interconnaissance est la troisième dimension que nous avons identifiée. Il s'agit tout simplement de savoir si la personne reconnaît les membres de l'équipe lorsqu'ils la rencontrent, si elle se souvient d'eux, de leur précédente rencontre, de leurs visages, de leurs noms. Cela reprend directement ce que nous présentions précédemment comme une familiarisation réciproque à la présence de l'autre. De fait, cette question de l'interconnaissance est à entendre dans les deux sens de la relation : que la personne se souvienne de l'équipe, mais que l'équipe soit aussi capable de reconnaître la personne et de se remémorer les informations qui lui ont déjà été données.

Enfin, la quatrième dimension que nous avons identifiée réside en un principe d'interconnaissance. Il ne s'agit plus ici pour la personne d'être en mesure d'identifier les membres de l'équipe mais d'être capable de la situer dans l'action qu'elle mène, de l'identifier en tant qu'équipe spécialisée dans la santé mentale et rattaché à un service hospitalier. Réciproquement, il s'agira pour l'équipe de reconnaître la personne, non plus en tant que personne de la rue appartenant à sa file active, mais en tant qu'individu et citoyen. De connaître ses conditions de vie actuelles, son parcours antérieur, ses aspirations et les différentes possibilités qui peuvent lui être offertes dans un parcours de soin et de recouvrement de ses droits sociaux.

➤ *En conclusion*

La citation qui suit, issue d'un article de Bertrand Ravon me semble pertinente pour conclure cette partie sur la création du lien.

« Qu'il s'agisse d'aller vers un public qui ne formule pas de demandes précises, qu'il s'agisse d'accueillir des usagers fragiles dont le principal souci est d'accéder à un logement ou un emploi que le travailleur social est bien incapable de fournir, qu'il s'agisse d'écouter des personnes sans avoir au départ de mission claire. Dans ces cas, l'aide se réduit à une fonction d'accueil et d'écoute, de veille ou d'orientation. Le premier enjeu pour les intervenants, c'est d'être présent à la situation (« d'être présent au présent »). Dans le meilleur des cas, il s'agit d'instaurer ici et maintenant la possibilité même de la relation d'aide, condition première de l'agir (Pichon et Ravon, 2006). La relation s'impose comme alpha et oméga de la pratique. (Ion, 1998). La relation d'aide se transforme en aide relationnelle (Laval et Ravon, 2005) » (Ravon, 2010).

Ce bref extrait permet à la fois de présenter l'importance fondamentale que présente la création du lien dans le travail médico-social réalisé par l'équipe. Il souligne le fait qu'en l'absence de tout autre possibilité d'agir, ce seul échange relationnel est déjà en lui-même un travail, une action, une aide.

Par ailleurs, si la notion de lien est si importante dans les discours des professionnels et semble si cruciale dans leur pratique c'est que, au final, à travers les différentes dimensions que nous venons d'en présenter, le lien visé se doit d'avoir une dimension thérapeutique. Ainsi pour être satisfaisant, ce lien doit être à la fois un lien entre : 1) deux individus ; 2) un professionnel et un usager, ou un soignant et un soigné, ou un pair aidant et un pair aidé. C'est à cette condition que ces relations dont l'établissement est tant recherché seront des relations thérapeutiques.

Mais ce constat ne saurait se suffire à lui seul. En effet, si la recherche du lien est un travail en soi et que la création de ce lien est déjà une avancé dans le travail de l'équipe, il nous faut maintenant en venir à la question du « pourquoi ». Pourquoi ce lien est-il si fondamental ? Vers quoi la création de ce lien est-elle une avancée ?

E - L'engagement

En effet, ce travail relationnel, s'il est si important et tant recherché, ne peut être interprété et compris s'il est considéré comme étant une fin en soi. Comme l'écrit Lise Demailly, « le travail de relation ne se limite pas à la tenue des interactions, mais comprend aussi leur préparation, gestion, planification, fructification » (Demailly, 2008 : 58). Il est donc important est nécessaire d'analyser la dynamique qui est attendu dans le processus de soin lorsque ce travail relationnel est amorcé.

L'objet premier des rencontres avec les personnes, que ce soit dans la rue, dans un accueil de jour ou même à l'hôpital (lorsque les personnes sont signalées à l'équipe par un service hospitalier) est, une fois le premier contact établi, d'identifier les besoins de la personne, ses attentes et les possibilités qui sont offertes pour l'aider à les satisfaire. Mais l'équipe ne peut pas engager des démarches pour une personne si celle-ci n'est pas partie prenante. Il est alors nécessaire de capter les demandes de la personne et si celle-ci n'en émet pas spontanément, de les faire émerger. Un des objectifs des visites répétées auprès d'une personne et des conversations quotidiennes et anodines est de recueillir des informations sur la personne et sa situation, de l'amener à développer un récit pour identifier un élément sur lequel l'équipe pourrait avoir prise. Toute demande, quelle qu'elle soit, peut être saisie par l'équipe pour « accrocher » la personne.

« Car, tant que la personne n'a pas besoin de l'intervenant (qu'elle ne manifeste pas ou qu'elle n'éprouve pas le besoin) ou, a minima, tant que la personne n'accepte pas, ne fût-ce que la présence de l'intervenant, celui-ci ne peut pas agir auprès d'elle. Pour mettre en place quoi que ce soit pour ces personnes, soit il faut passer par la contrainte et cela ne peut se faire que dans des contextes très particuliers, (...) soit il faut travailler auprès de la personne pour qu'elle accepte la proposition qui lui est faite ou, encore mieux, pour qu'elle soit en demande » (Marques, 2010 : 234)

Les personnes de la rue sont souvent présentées comme celles qui ne demandent plus rien et il est souvent difficile de faire émerger une demande ou plus simplement de faire accepter à quelqu'un ce qui lui est simplement proposé. Ce principe n'est pas propre aux professionnels qui travaillent dans la rue et se retrouvent dans l'ensemble du secteur médico-social. Et il est donc crucial de ne pas s'arrêter au premier ou même au dixième refus.

« Après en psychiatrie, je pense, que de fait, on travaille avec le refus tout le temps. Donc quand on est psychiatre, le refus... c'est un truc sur lequel on s'appuie pour faire du lien avec la personne et on l'utilise en fait dans la clinique et dans l'approche thérapeutique » [E]

L'objectif étant, une fois trouvée l'accroche qui fonctionne avec une personne, de lui faire gravir pas à pas ce que Marc Bréviglieri, dans ses recherches sur la proximité dans le travail social, a décrit comme une échelle de la confiance (Bréviglieri, 2005). Permettant au travers de la relation de proximité de passer d' « une confiance portée à un environnement rendu familier » (ibid. : 226) à « une confiance dans la justice de l'institution que représente le travailleur social » (ibid. : 228).

Ce principe de transitivité de la confiance, théorisé par Anthony Giddens à travers le passage de la confiance-personne à la confiance-système (Giddens, 1994), a déjà été décrit pour de nombreuses institutions, notamment les lieux d'écoute (Fassin, 2004) ou les consultations de protection infantile (Farnarier, 2009).

À partir de l'accroche relationnelle, il s'agit donc pour les professionnels de parvenir à orienter les personnes, les accompagner auprès de certains services ou de les hospitaliser

➤ *Orientations et accompagnements*

Nous avons déjà évoqué la question des orientations diverses que les membres de l'équipe peuvent être amenés à faire, dès lors que la personne exprime une demande ou présente un besoin dont il n'est pas du ressort de MARSS de s'occuper.

Au premier rang de ces demandes se trouve l'accès à un hébergement d'urgence, ou la procuration de biens de première nécessité.

Pour toutes ces situations, il est important, de noter que les orientations doivent être adaptées, autant à la demande de la personne qu'à sa capacité d'action. Ainsi se soucier des capacités motrices d'une personne est crucial avant de procéder à n'importe quelle orientation. De la même manière, il faut considérer les horaires d'ouverture des institutions administratives avant d'y adresser une personne qui éventuellement choisira de ne pas s'y rendre, ces heures-là étant les plus propices pour faire la manche. Comme l'expliquait ce sans-abri pour justifier le fait qu'il n'ait pas recours aux lieux proposant des repas gratuits : « *ce n'est pas rentable. Le temps d'y aller de manger de revenir, c'est les meilleures heures pour la manche. Si je fais ça, je perd de l'argent* » [NT].

De même, pour les accompagnements. Si la question des capacités motrices mérite d'être étudiée avant de proposer un accompagnement, elle est ici plus facile à percevoir, les professionnels étant aux côtés de la personne lors du déplacement, pouvant alors directement évaluer la possibilité d'atteindre le service visé.

En plus des horaires d'ouverture des différents services d'adresse et de la mobilité des personnes, les propositions d'accompagnements doivent aussi tenir compte de la chronologie des journées des personnes dont il est question. Cette considération est d'autant plus importante pour les personnes souffrant d'addiction. En fonction des habitudes de consommation, qui se font à des heures plus ou moins régulières, les professionnels essaient de programmer leurs accompagnements à des moments qui seront plus favorables que d'autres.

[NT] du 21/03/2013

Accompagnement à la PASS Rimbaud

Xavier et Gérard doivent être accompagnés à la PASS Rimbaud pour des problèmes somatiques divers.

Rendez-vous leur est donné à 9h30 au Palais de Justice, lieu où ils ont l'habitude de passer la nuit.

Le médecin généraliste est en retard. En l'attendant, je discute avec Gérard et Xavier pendant que chacun fini de cannette de 8,6.

Le médecin arrive, on prend le métro pour aller à la Conception. Pendant tout le trajet, (dans la rue, le métro, le hall de l'hôpital), Xavier « fait les mégots ». Il m'explique : « quand on est alcoolique, on est obligé de boire et bien c'est pareil, je suis obligé de fumer. C'est triste mais c'est vrai. Avant je ne faisais pas ça (les mégots) puis maintenant... c'est que je n'ai plus d'argent. Mais dès que j'ai de quoi, je m'achète des cigarettes ».

Arrivé à la PASS, il n'y a pas de médecins, ils sont en réunion. Le médecin généraliste de l'équipe appelle le médecin coordinateur de la PASS ; elle arrivera dans 20 minutes.

L'inscription sur la file d'attente se fait à l'aide du seul nom de famille. La salle d'attente est très calme, surchauffée, silencieuse.

Gérard sue à grosses gouttes, « c'est à cause du diabète » nous dit-il.

Au bout des 25 minutes prévues, le médecin arrive. En début de consultation, Xavier est assis en face du médecin de la PASS mais elle s'adresse essentiellement au médecin de l'équipe en parlant de « lui » et de « il » pour refaire le tableau clinique de Xavier. Cette étape effectuée, le généraliste retourne dans la salle d'attente pour évaluer si Gérard n'est pas en manque.

Le médecin de la PASS pose alors toutes les questions protocolaires sur la vie et l'état de santé de Xavier qui répond à tout sans problème. Au moment de passer à l'examen clinique, le médecin de la PASS me demande de sortir du cabinet.

Le scénario se reproduit de façon rigoureusement identique pour la consultation de Gérard.

Nous quittons la PASS aux alentours de 12h. Le médecin de l'équipe s'enquiert alors auprès de Gérard :

- ça va ? t'as envie de boire ?
- ben... disons, que j'y pense...

Nous retournons à pied au local de l'équipe. Sur le trajet, Xavier continue de « faire les mégots ». Nous les invitons à partager le repas de midi avec nous dans les locaux de l'équipe. Arrivée rue Bel Air, le médecin de l'équipe doit téléphoner. En s'adressant à moi : « tu commandes les pizzas... et deux bières aussi ». La pizzeria se trouve au coin de la rue. Je passe la commande, il y en a pour 15 mns.

Gérard : un quart d'heure. Ça laisse le temps de boire une bière ça !

En disant ça, il a les yeux qui pétillent comme un enfant pensant à un bonbon.

Je prends donc la commande des bières et les achète à l'épicerie de l'autre côté de la rue.

Au moment d'ouvrir sa 8,6 Gérard déplore « putain, je tremble... »

Le médecin de l'équipe revient. Gérard s'adresse à lui :

G – Vous êtes docteur et vous me payez une bière ! C'est normal ça ?

Dr – Je n'allais pas te laisser en manque. C'était ça ou du Valium.

G – Ah, non le Valium c'est bon, j'ai déjà donné. Je ne l'aurais pas pris.
Dr – Bon ben tu vois.

S'en suit une discussion sur les différents traitements (cure et médicament) que Gérard a déjà pris pour essayer d'arrêter de boire.

Cette note de terrain, permet d'illustrer comment au cours d'un accompagnement se mêlent les différents éléments que nous avons présentés jusqu'ici autant sur la construction nécessaire d'un lien préalable à l'accompagnement, que sur les différentes adaptations des pratiques professionnelles à la situation particulière des personnes.

En effet, cet accompagnement fait suite à deux précédentes tentatives s'étant soldé par un échec. La première fois, un rendez-vous était donné à Gérard et Xavier au local de l'équipe pour les accompagner à la PASS ; rendez-vous auquel ils ne se sont pas présentés. Lors de la seconde tentative, le rendez-vous, cette fois fixé au palais de justice, était prévu aux alentours de 10h30. À l'arrivée de l'équipe mobile, Gérard et Xavier étaient déjà très alcoolisés. Cela compromettait autant la possibilité de les accompagner physiquement jusqu'à la PASS (déplacement très compliqué et perte de l'importance perçue de cet accompagnement), que l'un des objectifs de cet accompagnement : faire des bilans sanguins qui demandent aux personnes d'être à jeun.

On retrouve aussi dans cet extrait, l'adaptation des rythmes et des moyens de déplacements. Marcher lentement parce que Gérard a mal aux jambes et que Xavier fait les mégots et prendre le métro, ce qui nécessite d'avoir prévu les tickets de transport pour les deux hommes.

Bien d'autres éléments figurent dans cet extrait, mais le dernier que nous relèverons réside dans cet écart face aux bonnes pratiques médicales par l'offre d'une bière à des personnes souffrant d'alcoolisme chronique. Pour autant, comme le montre les échanges qui terminent la séquence, cette transgression des bonnes pratiques médicales permet de maintenir une relation de qualité avec Gérard. Sans ce geste, soit Gérard serait parti de son côté pour acheter à boire ce qui aurait créé une nouvelle situation de défection, soit le médecin lui aurait proposé du Valium qu'il aurait refusé, créant ainsi une tension potentiellement très importante notamment du fait de l'état de manque dans lequel Gérard « commençait » à se trouver. Par ailleurs, ce geste permet à la fois au médecin de l'équipe de montrer sa compréhension de la situation et l'empathie éprouvée pour Gérard, et d'autre part, permet d'engager une discussion très libre et détendue sur le rapport que Gérard entretient avec les traitements, ceux qu'il a déjà connus, expérimentés, ce qui a marché ou pas, etc...

➤ *Hospitalisation avec ou sans contrainte*

Pour les personnes de la file active de l'équipe, dont nous rappelons qu'un des critères d'inclusion est d'être éloigné du système de santé, l'accès aux soins aux soins médicaux se fait principalement de trois manières : se rendre à la consultation médicale du mardi après-midi (de façon autonome ou en étant accompagné par l'équipe), se rendre dans une structure de soin à destination des sans-abris (principalement la PASS), être hospitalisé.

L'hospitalisation, suscite de nombreuses réticences de la part des personnes, principalement pour deux raisons : des expériences passées négatives, que l'hospitalisation (à l'inverse d'une simple consultation) s'étend sur plusieurs jours. De fait, un long travail d'approche, d'explication et de négociation avec la personne est souvent nécessaire avant d'aboutir à une hospitalisation.

Ici la relation établie entre un professionnel et une personne se révèle souvent déterminante pour hospitaliser une personne et plus particulièrement pour le type d'hospitalisation qui sera adopté ; hospitalisation libre ou sous la contrainte.

1) L'hôpital comme un hôtel

Il arrive que certaines personnes demandent spontanément à être hospitalisées ; parfois alors même que leur état ne le nécessite pas. Le recours à l'hôpital est ici une forme de mise à l'abri pour la personne ; elle sait qu'elle y sera nourrie, logée, blanchie, dans un cadre propre et chauffé. La négociation qui s'engage avec l'équipe consiste alors à expliquer à la personne que l'hôpital n'est pas une réponse adéquate à sa demande et qu'il existe d'autres structures plus adaptées pour y répondre. Cependant, compte tenu du nombre limité de places, de la complexité des démarches pour entrer dans des structures d'accueil de moyen ou long terme (type maison-relai ou CHR), les seules solutions immédiates qui se présentent sont bien souvent les centres d'hébergement d'urgence que les personnes connaissent et auprès desquelles elles n'ont pas toujours envie de retourner.

Notons que ces aspects matériels des conditions de vie à l'hôpital sont souvent mis en avant par les professionnels lorsqu'ils tentent de convaincre une personne d'aller à l'hôpital. Face à quelqu'un de réticent à entreprendre des démarches hospitalières, c'est bien souvent un discours sur le repos, le calme et plus généralement le confort offert par l'hôpital qui est avancé.

Cet usage détourné de l'hôpital, utilisé essentiellement pour sa fonction hôtelière et de mise à l'abri est aussi parfois mobilisé par les professionnels. Assez rarement pour mettre à l'abri quelqu'un depuis la rue (même si cela arrive), plus fréquemment pour se donner du temps pour trouver une issue positive à une situation. Il s'agit alors de personnes déjà hospitalisées pour lesquelles aucune solution n'existe à la sortie de l'hôpital. L'équipe négocie alors avec le service pour qu'il garde la personne le temps de trouver une solution lui évitant un retour direct à la rue, synonyme de perte en quelques jours de l'ensemble des bénéfices thérapeutiques obtenus au cours d'une hospitalisation ayant souvent durée plusieurs semaines.

2) L'usage du lien

Dans l'ensemble des démarches engagées pour hospitaliser une personne, la mobilisation des liens déjà établis peut se révéler déterminante, aussi bien pour conduire une personne à l'hôpital que pour assurer son maintien en hospitalisation ou son suivi post-hospitalisation.

« C'est un monsieur qui était suivi depuis longtemps. Paranoïaque, délirant, avec qui il y avait eu un lien qui avait pu se créer, et il s'était construit une sorte de petit appartement dans la rue, sous les préaux de la poste. Et récemment il s'était fait tout embarqué par la police et ça l'avait quand même mis dans un état un peu... Enfin de plus en plus méfiant, et notamment envers l'équipe. Et puis voilà, ça faisait longtemps qu'il était suivi, que là il avait ce contexte-là qui était un peu inquiétant, et X voulait faire une HO. (... [l'homme est hospitalisé]...). Il avait plein de nounours en fait, c'est un gros monsieur avec plein de nounours. Et puis un jour il a fugué [de l'hôpital] et puis il est reparti au même endroit. Donc là on est retourné le voir, pour lui demander un peu qu'est-ce que... Pour lui, il était hors de question d'aller à l'hôpital, mais c'était quand même vraiment apaisé. Donc je lui ai proposé de lui ramener ses affaires. Donc je lui ramenaient ses nounours, il y a un lien qui s'est passé à ce niveau-là, et donc après il a pu me parler de comment il avait vécu l'hospitalisation. » [E]

Levier pour amener les personnes à réfléchir sur leur santé, pour les amener à accepter une hospitalisation, ces relations qui sont tissées sont entretenues par des visites rendues aux patients au cours de leur hospitalisation. Mais la régularité de ces visites dépend pour beaucoup de la disponibilité des professionnels, et aussi en partie de la sectorisation des personnes et de la disponibilité des lits au moment de l'hospitalisation. Du fait du

rattachement institutionnel de l'équipe, il est évident que les personnes hospitalisées à Sainte Marguerite sont plus accessibles pour les professionnels que celles hospitalisées dans d'autres services, parfois très excentrés.

3) Situation de péril de la personne

Soulignons encore un nombre non négligeable de situations où les personnes refusent l'hospitalisation, qu'un lien se soit noué ou pas, qu'elles acceptent le contact ou pas. L'équipe est alors relativement démunie pour amener la personne à accepter des soins.

La seule possibilité qui est offerte est alors de veiller de façon resserrée sur la personne et l'évolution de sa situation. Elle est généralement classée dans les « suivis intensifs », si sa situation paraît inquiétante du point de vue sanitaire, lors des staffs et les professionnels lui rendent alors, dans la mesure de l'accessibilité de la personne (qui n'est pas toujours facile à rencontrer du fait de ses déplacements) et de la disponibilité des professionnels, des visites régulières pour s'enquérir de son état de santé. La stratégie étant d'attendre soit, que la personne émette une demande soit que son état physique ou psychique soit suffisamment alarmant pour faire usage de la contrainte. L'hiver et les grands froids sont alors fréquemment des occasions pour hospitaliser des personnes qui habituellement refusent tout secours.

Mr D. est un homme d'une quarantaine d'années, régulièrement visité par l'équipe et avec qui le contact était extrêmement fébrile. Il ne parle pas, accepte parfois une cigarette, une fois un café, jamais d'argent, refuse systématiquement que les professionnels s'assoient à ses côtés et ne tolère leur présence pas plus de quelques minutes. Alors que les professionnels lui parlent depuis plusieurs jours de mise à l'abri sans aucun résultat, une fin d'après midi de janvier, l'homme est découvert transi, sous sa couverture. L'équipe appelle les pompiers et lors de leur arrivée, l'homme n'a plus la force de protester. Il se laisse faire et monte dans le camion avant d'être conduit à l'hôpital. Au bout de plusieurs semaines d'hospitalisation et de traitement médicamenteux, l'homme se met à parler avec le personnel hospitalier et avec les membres de l'équipe. A sa sortie d'hospitalisation, il intègre le Marabout. [NT]

Cependant, à Marseille, les éléments climatologiques tels que la pluie et le froid ne sont pas les plus fréquents. La plus grande partie de l'année, malgré l'inquiétude des professionnels à propos de personnes qu'ils croisent quasi quotidiennement et dont ils voient l'état se dégrader, la seule solution dont ils disposent est d'attendre la crise psychiatrique aiguë ou le problème somatique sévère. Ces situations de crise somatique ou psychiatrique, justifiant alors de faire usage de la contrainte.

F - Les HDT/SDT : de la décision à la mise en œuvre

La pratique de l'hospitalisation sous la contrainte est relativement fréquente dans l'EMPP. En 2011, elle a concerné 23% (soit 14 personnes) des personnes de la file active hospitalisées par l'EMPP.

Il s'agit donc d'une activité relativement marginale par rapport aux autres activités de création du lien, d'accompagnement et de suivi. Cependant, c'est une pratique qui pose des difficultés d'ordre éthique et organisationnel à l'ensemble de l'équipe. C'est pourquoi nous nous y arrêtons longuement.

La décision de pratiquer une hospitalisation sous la contrainte est généralement une décision collégiale prise lors du « staff rue », ou, lorsque la personne est logée, lors du « staff Marabout » ou du « staff chez soi ». Il a eu, depuis les débuts de l'EMPP, quelques rares décisions qui n'ont pas été discutées collectivement ; celles-ci ont été prises directement dans la rue, lors de la rencontre de personnes correspondant aux critères d'urgence que nous avons

analysés plus haut. Cependant, ces situations sont exceptionnelles, la « norme » étant celle que nous allons décrire.

➤ *Motifs de l'hospitalisation sous contrainte : HDT/SDT²²*

La décision se fonde sur les critères de l'hospitalisation sous contrainte tels que définis par la Haute Autorité en Santé²³:

- HDT/SDT : présence de troubles mentaux ; impossibilité pour la personne de consentir à l'hospitalisation ; nécessité de soins immédiats et d'une surveillance en milieu hospitalier.
- HDT/SDT d'urgence : péril imminent (risque de dégradation grave de la personne en l'absence d'hospitalisation).

Les modifications apportées par loi N°2011-803 du 5 juillet 2011 ne transforment pas ces critères. Elles modifient les modalités administratives (certificats médicaux et du tiers), précisément pour les personnes isolées et désocialisées, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Dans le contexte particulier des personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques sévères, l'hospitalisation sous contrainte est décidée par l'équipe dans les situations suivantes :

1) Situations catégorisées comme urgentes : lorsque la gravité des troubles met en danger la personne, tels que nous les avons énumérés (Chap. 3, II-1 p. 34) : troubles somatiques sévères, symptômes psychiatriques particulièrement prononcés, capacité à vivre/survivre dans la rue limitée, personnes qui se mettent en danger par leur perturbation grave de l'ordre public.

Dans ces différentes situations, la notion de « péril imminent » est généralement mobilisée. Les HDT/SDT pour motifs somatiques sont assumés par l'équipe comme une psychiatriation de la précarité (« *psychiatriser la précarité pour soigner les gens* » NT).

2) Expectative de rétablissement sanitaire et social

Selon le principe « utilitariste » ou pragmatique décrit en amont, ces situations correspondent à celles de personnes vivant dans la rue avec des troubles psychiatriques sévères avérés, et pour lesquelles l'équipe présume que les chances de voir un projet de soin aboutir, et de voir la personne sortir de la rue, sont les plus élevées. Il s'agit généralement de personnes jeunes, avec des compétences intellectuelles et sociales nettement perceptibles malgré l'importance des symptômes et la gravité de la situation dans laquelle elles se trouvent, qui ne sont pas chronicisées et pour lesquelles on peut s'attendre à un rétablissement « rapide ».

Ainsi, il est arrivé que l'HDT/SDT soit décidée rapidement après le premier contact pour des personnes jeunes, dont on présumait qu'elles débutaient une schizophrénie, afin d'éviter qu'elle s'installe dans un sans abris.

²² La loi de juillet 2011 étant intervenue pendant notre terrain, nous utiliserons les deux sigles désignant l'hospitalisation sans consentement dans chacune des lois.

²³ H.A.S, « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », avril 2005 ; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf (page consultée le 15/01/13).

3) Impossibilité de créer un lien

Lorsqu'une personne présente des troubles psychiatriques sévères évidents et que l'équipe ne parvient pas à entrer en contact avec elle malgré des tentatives réitérées, et donc ne parvient pas à créer un lien qui pourra amener la personne vers un soin consenti :

« L'HDT c'était parce que on la connaissait depuis longtemps, que on n'arrivait pas à avoir le moindre contact avec elle, et qu'elle commençait vraiment, enfin on se disait qu'elle était vraiment très très très agressive, et que probablement cette agressivité était sous-tendue par le fait qu'elle avait déjà dû se faire agresser. On voyait ça comme quelque chose de protecteur, et qu'on se disait qu'elle semblait en danger, et devant l'incapacité, je pense qu'elle avait déjà dû être vue une bonne dizaine de fois en six ou sept mois, et à chaque fois c'était la même chose, c'était impossible d'avoir le moindre contact avec elle donc, là on s'était dit... On ne voyait pas trop comment on pouvait l'aider autrement en fait (...) Pour elle c'était assez facile parce qu'il n'y avait tellement pas d'espace de discussion, et c'était quand même évident qu'il y avait des troubles psychiatriques. » [E]

Il peut s'agir aussi d'une rupture d'un lien qui s'était construit plus ou moins laborieusement :

« C'est surprenant de savoir comment les décisions sont prises... J'ai l'impression que soit il y a une rupture un peu dans la continuité de quelque chose, un lien qui se rompt, soit ça fait vraiment trop longtemps que l'on n'arrive pas à avancer sur la situation, soit c'est quelqu'un de nouveau qui arrive dans l'équipe qui apporte un autre regard, soit il y a vraiment une mise en danger. » [E]

➤ *Les règles et les normes pratiques de l'hospitalisation sous contrainte*

Par « règles », nous entendons les règles explicites qui régulent la pratique de l'hospitalisation sous contrainte au sein de l'EMPP. Celles-ci ne sont pas écrites, mais sont régulièrement énoncées dans les réunions, et elles peuvent évoluer (par exemple dans la mise en œuvre des HDT/SDT).

Par « normes pratiques » nous entendons les comportements des professionnels de santé qui s'éloignent des normes professionnelles précises qu'ils sont censés suivre. Ces comportements plus ou moins “non conformes” sont malgré tout régulés. Enfin, ces normes pratiques sont partiellement “invisibles”, tout comme les comportements qu'elles régulent. Elles sont mises au jour par l'observation et l'entretien approfondi (Olivier de Sardan, 2009).

1) Les critères d'hospitalisation spécifiques au public cible

L'équipe a établi la règle suivante : ne sont hospitalisées, et plus précisément sous la contrainte, que les personnes qui sont connues et suivies (même si le lien n'a pas été créé) depuis plusieurs semaines, afin d'avoir pu évaluer la situation de la personne (existence d'un trouble psychiatrique sévère et d'une mise en danger nécessitant une protection).

Cette règle s'explique par :

- le fait que l'équipe pourra expliquer à la personne avant, pendant et après l'HDT que ce recours à la contrainte était justifié
- que des démarches ont parfois pu être entreprises pour rétablir les droits sociaux
- mais surtout qu'une solution d'aval à l'hospitalisation a pu être envisagée, ce qui donne un sens à la mesure de contrainte pour l'équipe, mais aussi pour le service hospitalier qui va recevoir la personne, ce qui est d'autant plus important que le travail effectué par l'EMPP est mal connu et mal compris des autres services hospitaliers (voir infra, chap.. 4, V-3, p. 151).

Cependant, pour beaucoup de personnes, ces démarches n'ont pas pu aboutir. La situation sociale (ouverture des droits sociaux) ne peut se débloquent que durant l'hospitalisation permettant d'envisager une solution d'aval. Enfin, il est arrivé que l'équipe procède à une hospitalisation sous contrainte d'une personne avec laquelle elle n'a eu que très peu de contacts.

2) Sectorisation

Le lieu d'hospitalisation des patients est attribué selon les règles de la sectorisation géographique (domiciliation). Pour les personnes sans domicile fixe, il a été mis en place à Marseille, depuis le 1^{er} mars 2008, un système d'orientation reposant sur une répartition en fonction des mois de naissance. Cette répartition s'opère pour des patients sans suivi ou avec un suivi interrompu depuis plus de 6 mois (sauf si le secteur concerné envisage la suite de la prise en charge du patient)²⁴. Cependant, MARSS bénéficie de 5 lits intersectoriels dans le service du Pr Naudin. Ces lits intersectoriels sont en principe réservés aux personnes sans abri dont on ne connaît pas l'identité (ni la date de naissance), qui sont très éloignées du soin. Toutefois, parce qu'elle n'est pas toujours satisfaite des soins dispensés à ses patients dans d'autres services spécialisés, parce que le partenariat avec le service Vega est devenu plus efficace, et pour la continuité des soins dispensés, MARSS tend à négocier l'hospitalisation dans le service Vega de certaines personnes qu'elle suit (notamment les personnes hébergées au Marabout qui devraient être sectorisées sur l'hôpital Edouard Toulouse).

3) Les contingences matérielles

Lorsque la décision d'HDT/SDT est prise, c'est parfois la disponibilité des lits d'hôpital (lits vacants ou absence de lits disponibles) qui va décider de la date d'une hospitalisation. Les horaires de travail de l'équipe ne coïncident pas toujours avec les périodes au cours desquelles les personnes quittent les lieux interstitiels de la ville où elles s'abritent du froid ou de la chaleur et peuvent être rencontrées. La règle d'être « suffisamment nombreux » ne peut s'appliquer que le lundi et le mardi matin ; les autres jours l'effectif des professionnels effectuant du travail de rue est plus restreint. Les périodes de vacances ne sont également pas propices, parce que l'EMPP fonctionne en effectif réduit.

Ces contingences matérielles font qu'une décision d'hospitalisation sans consentement peut être différée de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ou n'aboutit pas car entre temps soit la personne a disparu. Dans d'autres cas, si l'état de la personne s'est amélioré pendant ce temps, une nouvelle évaluation de la situation remet en cause la décision, l'hospitalisation sous contrainte n'apparaissant plus comme le soins le plus pertinent.

4) Les procédures administratives

Avant la promulgation de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, l'EMPP réalisait des HDT-U (hospitalisation à la demande d'un tiers pour péril imminent), même en l'absence de péril imminent, parce que cette procédure ne demandait qu'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement (ici, l'établissement est l'AP-HM). En effet, dans la procédure HDT, deux certificats médicaux sont nécessaires en plus de la lettre du tiers, mais l'un d'eux doit être rédigé par un médecin extérieur à l'établissement ce qui est difficile²⁵ à trouver dans les situations d'hospitalisation depuis la rue. Nous avons donc là un premier contournement des règles consistant à recourir de manière extensive à la notion de péril imminent pour n'avoir qu'un seul certificat médical à produire.

²⁴ Voir en annexe 5 : Règles de sectorisation

²⁵ Difficile car cela demande du temps et compromet l'hospitalisation, la personne ayant alors le temps de partir.

Le second arrangement avec les règles concernait la lettre du tiers²⁶. Une fois que l'équipe avait décidé de l'hospitalisation sous contrainte, elle cherchait un tiers potentiel :

- Soit en tentant de mobiliser la famille lorsqu'elle savait où la contacter.
- Soit en trouvant un tiers *a posteriori* parmi les membres de l'équipe (médiateurs, travailleurs sociaux) qui connaisse la personne à hospitaliser.

Dans les deux cas, la démarche est l'inverse de celle qui est prévue par la loi dans laquelle la demande du tiers est à l'origine de la démarche de soin sous contrainte, comme l'explique ce médecin :

« Le piège avec ce travail-là c'est de faire ça (HDT). Parce que du coup tu es vraiment un contrôle, tu vois, vu qu'il n'y a pas de tiers en plus, que c'est nous qui faisons le tiers, ça veut dire que tu hospitalises qui tu veux dans la rue en fait, finalement ça revient à ça. À un moment donné, allez ! On va nettoyer la rue ! C'est ça le risque, à mon avis... Je pense que l'on peut très vite se sentir tout-puissant ... C'est pour ça que vraiment, le tiers, quand c'est quelqu'un de l'équipe qui le fait, il faut vraiment que ce soit quand il n'y a pas d'autre possibilité. Il faut être vraiment... Parce que déjà c'est un moment pour contacter l'entourage, c'est une ouverture vers l'entourage, c'est con de s'en priver, et ensuite parce que voilà c'est la loi.... » [E]

Au-delà du risque de contrôle social (répressif) que représenterait une psychiatrie affranchie de la régulation législative, cet extrait d'entretien pointe par la formule « le tiers, c'est nous » la fonction de souci de l'autre que représente l'hospitalisation sans consentement. Par conséquent, on peut avancer que l'HDT/SDT répond à une éthique du *care*, tout autant qu'à l'éthique médicale d'assistance à personne en danger. Cependant, la nécessité d'une lettre d'un « tiers » conduit à des bricolages : trouver un tiers, faire rédiger une lettre conforme au modèle imposé par les textes législatifs, produire cette lettre dans le délai imparti de 24 heures :

« les actes manqués, enfin je suis pas 'psychanalytique', mais on a toujours une réticence au fond de soi et on y arrive pas. Pendant un moment sur ma boîte mail j'avais le truc, style préfet, la procédure c'est ça, tout bien expliqué et ça a du arriver une fois que ça se passe [correctement] (...). La première question des urgences c'est : « et le tiers ? ». Ma réponse : « dans les 24 heures vous l'avez, ne vous inquiétez pas » « ok », et moi pendant 25 heures c'est le flip, et on arrive comme à chaque fois mais c'est toujours au dernier moment. Et là une fois de plus c'était comme ça, parce que le tiers n'était pas arrivé, et surtout il est arrivé au mauvais nom du directeur, donc il a fallu le refaire le lendemain, parce qu'ils l'envoyaient à Edouard Toulouse, donc... le truc que j'avais réussi à faire le matin, finalement il n'était pas bon, fallait le refaire, donc... c'est compliqué pour les tiers aussi, la procédure elle est pas si simple, et ça change aussi parce que l'hôpital dit « elle va dégager des urgences, donc il faut changer le modèle, c'est à vous de vous débrouiller quoi » [E].

La loi de juillet 2011 prévoit une procédure (SDT pour péril imminent) permettant au directeur d'hôpital d'admettre la personne sans lettre de tiers, lorsque la personne à hospitaliser est socialement très isolée, ou si l'entourage ne veut pas se constituer comme tiers. Cette adaptation législative permet de résoudre l'ambiguïté de la société face à la nécessité d'hospitaliser certaines personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères en situation d'exclusion sociale.

➤ *Les désaccords et les dilemmes éthiques*

La contrainte est généralement suggérée par un membre de l'équipe (le plus souvent le dernier à avoir rencontré la personne) ; l'équipe évalue la nécessité d'une hospitalisation selon les

²⁶ Il s'agit d'une demande manuscrite d'hospitalisation émanant de la famille ou de l'entourage ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne et connaissant suffisamment la personne pour attester d'une dégradation de son état mental.

derniers éléments d'évaluation qu'il rapporte. Comme nous l'avons dit en introduction, la décision est collégiale. Ce qui signifie que la majorité des membres de l'équipe sont convaincus du bien fondé de la contrainte. Les observations montrent cependant qu'il y a des professionnels plus réticents que d'autres à cette mesure, et qu'ils se trouvent parmi les catégories professionnelles non-médicales ou parmi les nouveaux arrivés, même s'il arrive à chaque professionnel d'avoir des doutes. Toutefois, nous n'avons pas observé d'opposition franche d'un professionnel à une décision de HDT/SDT, tout au plus des attitudes de retrait ou d'évitement de participation, ou encore des « actes manqués » comme dans l'entretien ci-dessus dans lequel le médecin explique qu'il ne parvient jamais à suivre correctement la procédure administrative.

Les réticences concernent la contrainte, et non l'hospitalisation dont l'effet bénéfique observé la plupart du temps dans les situations de crise est reconnu. Elles sont l'expression d'un dilemme éthique – présent chez tous à des degrés variable - entre la norme éthique en santé (Moulin, 2004) de respect de l'autonomie de la personne et de son libre choix d'une part, et l'obligation morale de sauver des vies. En d'autres termes, l'hospitalisation sous la contrainte est une solution de « dernier recours », et la décision d'HDT/SDT est un choix entre deux alternatives : « *imposer le pouvoir de la psychiatrie* » ou « *laisser mourir* ».

Trois logiques entrent en conflit pour juger du bien fondé d'une mesure de contrainte :

- une logique médicale, fondée sur les connaissances médicales et sur l'expérience professionnelle des membres de l'équipe, qui s'appuie sur l'amélioration de l'état de santé psychique et physique d'une personne lorsqu'elle est hospitalisée (diminution des symptômes dès lors que la personne est à l'abri, qu'elle peut se reposer, se nourrir et avoir une hygiène du corps, administration de médicaments) :

« L'efficacité a été spectaculaire, sur un court terme. Ce qui n'est pas du tout la temporalité de la psychiatrie habituellement. Là tu as un gros pic d'amélioration en très peu de temps, et après j'imagine que comme toutes les autres personnes atteintes comme ça, ça prend des années pour que ça soit solide. Mais cette réaction spectaculaire elle est encourageante parce que quand même, pendant deux mois sa vie ça a été autre chose que : rue, pas dormir, se faire violer, se prostituer pour des cigarettes. » [E]

- une logique affective qui participe de l'humanitarisme dans lequel s'inscrivent la plupart des professionnels (voir infra, chap. 4, V-3, p.151) avec l'impératif d'être auprès des personnes les plus précaires et les plus vulnérables afin de soulager leur souffrance et de favoriser l'accès aux soins comme un droit de l'Homme universel (avec le droit au logement et à la protection sociale).

Dès lors, le refus de soins ne peut être entendu par des professionnels pour lesquels apporter des soins à cette population est un choix d'engagement professionnel.

- une logique idéologique. Les valeurs de l'équipe sont imprégnées de l'idéologie de la démocratie sanitaire insistant sur « l'empowerment », « l'autonomie », la « symétrie des relations soignants-soignés », le « respect de la temporalité de la personne ».

Ces trois logiques s'articulent différemment selon les situations. Les contingences matérielles entrent également en jeu, de même que les conditions climatiques : une mesure de contrainte paraîtra plus légitime lorsque la température extérieure expose les personnes à un risque d'hypothermie ou de déshydratation. Au total, dans la plupart des cas, la démarche décisionnelle est superposable à celle des éthiciens lorsqu'ils doivent suggérer une solution « la moins pire ».

➤ *Socialisation professionnelle par les HDT/SDT*

Nos observations, et des entretiens effectués avec les médecins, montrent que les nouveaux arrivants dans l'équipe (internes, stagiaires, nouveaux membres, chercheurs) sont presque systématiquement associés à une hospitalisation sans consentement dès les premiers jours de leur prise de fonction. Ils notent d'ailleurs avec ironie la fonction d'initiation (le « *rite initiatique* ») de cette première participation. Elle est initiatique car, par la suite, les réticences du professionnel seront moins fortes ; il aura intégré le fait que cette solution extrême est une pratique de soin « presque » comme une autre.

Il s'en suit une banalisation de l'HDT/SDT qui peut conduire l'équipe à entériner une proposition de HDT/SDT émise par un des professionnels présent sans que tous les éléments qui peuvent conduire à cette décision soient explicités et discutés comme dans une démarche décisionnelle classique par algorithme.

➤ *L'intervention*

Lorsque la décision d'hospitalisation sous la contrainte a été prise en réunion d'équipe, les professionnels qui effectuent des tournées de rue partent à la recherche de la personne. Si un binôme ne comportant pas de médecin rencontre la personne, il appelle un médecin de l'équipe afin qu'il viennent procéder à l'HDT/SDT. Le médecin appelle ensuite le centre 15 qui envoie un véhicule médicalisé pour transporter la personne aux urgences psychiatriques de son secteur. Il est parfois nécessaire de recourir aux services de police lorsque la personne est très agitée, ou lorsque, comme on a pu l'observer plusieurs fois, elle les réclame. Depuis la fin de l'année 2012, l'équipe a décidé de ne procéder à une HDT/SDT que lorsque l'effectif des professionnels pouvant être mobilisé est supérieur à 4 afin de pouvoir s'occuper de la personne, mais aussi des passants souvent choqués par une HDT/SDT dans la rue.

Une fois la personne entrée dans le VSAB des pompiers, un médecin l'accompagne (parfois) jusqu'aux urgences dans le VASB, ou se rend directement aux urgences, pour assurer la continuité des soins et la communication avec l'équipe des urgences ou le service.

Un des difficultés rencontrées dans la pratique de l'HDT/SDT vient de la perte de l'appareillage symbolique habituel des professionnels de santé. En effet, rien ne les distingue des passants ordinaires : ils n'ont pas d'uniformes, pas de badges, ni aucun autre signe d'appartenance à la catégorie des soignants, et sont vêtus de tenues sportives pour pouvoir se mouvoir facilement dans les rues. On peut donc comprendre aisément que des personnes, qu'elles aient ou non un délire de persécution, soit réfractaires à suivre les membres de l'EMPP et réclament la présence de policiers comme nous avons pu l'observer à plusieurs reprises.

L'intervention peut-être dans un certain nombre de cas, violente physiquement et moralement pour les personnes elles-mêmes bien sûr, mais également pour les professionnels qui sont souvent bouleversés par ces interventions. En effet, lorsque la personne ne veut pas être hospitalisée, elle peut refuser violemment d'entrer dans le véhicule qui la conduira à l'hôpital. Après de multiples pourparlers infructueux, les pompiers peuvent alors la saisir violemment pour l'introduire dans l'ambulance. Lorsque la personne est très mobile et déambule dans les rues, les professionnels se livrent à ce qu'ils décrivent ironiquement comme une « *traque* » (cf supra, p. 41).

Les pratiques de l'équipe se sont modifiées au fil des mois pour limiter la violence des situations, telles que : impliquer plus de professionnels dans les interventions afin d'expliquer la situation aux passants ; rassurer la personne par le recours aux policiers. Dès lors, une

partie des hospitalisations sous contrainte sont plus proches d'une hospitalisation libre sans « traque » et sans aucune opposition par la personne.

Récit d'une HDT depuis la rue [NT]

15/02/11 : staff (extrait)

F.B a été signalée à l'EMPP par l'association *Autre regard* qui la trouve très agressive et se mettant en danger par sa manière de se prostituer. FB était suivie très régulièrement au CMP Pressensé, mais ne s'y présente plus depuis un an (elle dépend donc du secteur de l'hôpital Edouard Toulouse) ; elle vit en hôtel meublé et passe beaucoup de temps dans les locaux de l'association *Autre Regard*. Lors du staff, l'équipe a longtemps débattu de l'opportunité de pratiquer une HDT pour cette dame que l'équipe connaît depuis longtemps mais avec laquelle elle n'a pas réussi à créer un lien, et qui n'a pas été vue depuis plusieurs semaines (pas d'évaluation faite de son état psychique). Plusieurs estiment que c'est à l'association de demander l'HDT lorsque FB est dans leurs locaux en appelant les pompiers et l'EMPP du Dr Morcelet (qui dépend de l'hôpital Edouard Toulouse). Cependant, l'association craint de rompre le lien qui a été créée avec FB si l'HDT était pratiquée dans leurs locaux. Débat houleux mêlant des questions d'ordre :

- thérapeutique (efficacité d'une HDT pour laquelle l'issue n'est pas envisagée),
- éthique (ce type de demande peut s'apparenter à du contrôle social),
- pratique (qui est le tiers ?)
- micropolitique (« on n'est pas des prestataires de service »).

A l'issue de la discussion, il est décidé de faire une HDT depuis la rue, dès que l'équipe rencontrera FB.

16/02/2011 : tournée de rue

Fin de tournée avec un médecin (M) et un interne (I).

On voit F.B. assise sur un banc en train de manger un yoghourt. M et I se demandent ce qu'ils doivent faire : il est 11h45, M devait déjeuner avec sa femme et il a une réunion à 14h à l'hôpital Ste Marguerite. Mais I insiste pour être cohérents avec la décision prise en staff la veille. M dit que la décision d'HDT a été prise, mais ce sont les modalités qui n'ont pas été définies et qui doivent être improvisées. M reste à l'écart, I et moi nous approchons de FB. Elle nous insulte, tient des propos incohérents et part, elle traverse la rue en manquant de se faire écraser et elle va s'asseoir sur le trottoir en face. M et I se concertent rapidement et décident de faire l'HDT. Ils passent une série d'appels téléphoniques. M m'explique que, selon la sectorisation, FB devrait être envoyée aux urgences de l'hôpital Nord, mais comme ce type d'urgence n'est pas bien traité dans cet hôpital, ils vont essayer de la faire accepter à la Conception (contournement du système). M contacte un psychiatre qu'il connaît à la conception, ainsi que le médecin régulateur qui doit lui envoyer le VSAB des pompiers. I de son côté contacte l'assistante sociale de *Autre Regard* pour qu'elle rédige le certificat du tiers, mais elle n'a pas de modèle. M cherche dans ses papiers un modèle pour le dicter. Tout cela se passe devant la bouche de métro. On surveille de loin FB, toujours assise. On entend la sirène des pompiers et je m'aperçois que FB est partie. M et I remontent la rue pour la retrouver, et je vais vers les pompiers pour leur expliquer qu'elle s'est sauvée. On cherche dans les rues adjacentes en vain, et les pompiers repartent.

On rencontre une personne suivie par l'équipe, M et I discutent avec elle et je vois FB au loin. On décide de la suivre. M rappelle le médecin régulateur. Comme c'est plus compliqué de faire une HDT pour une personne « en mouvement », on se sépare : I et moi la suivons, M va attendre les pompiers. On reste en contact par téléphone. La métaphore de la « traque animale » utilisée par l'équipe pour décrire leur activité de rue s'applique particulièrement à ce que nous faisons. I est très mal à l'aise, avec l'HDT en général et en particulier à la situation du moment. Elle a l'impression d'être un « cow-boy », elle dit que si un psychiatre de l'équipe « adore ça » (« pister »), elle ne le supporte pas. Elle ne supporte pas de ne pas pouvoir entrer en contact avec les personnes pour leur expliquer que la solution de l'hospitalisation sous contrainte est la meilleure pour eux (leur santé) et pour les protéger. FB se dirige vers la Canebière et s'immobilise une rue avant. Elle pose son sac sur un rebord

de fenêtre et commence à demander des cigarettes aux passants. On est tout prêt de la caserne des pompiers. I essaie de prévenir M qu'elle n'arrive pas à joindre, et elle décide de se rendre à la caserne pour que les pompiers interviennent, tandis que j'essaie de maintenir FB sur place en lui offrant une cigarette et en essayant de lui parler. Les pompiers arrivent à pied, FB vocifère, essaie de s'éloigner ; je barre le passage de la rue. Les pompiers s'approchent d'elle, le camion arrive. Ils la prennent par le bras, elle se débat un peu, ils la poussent vers le camion. I leur demande de faire doucement. Des passants s'attroupent, la tension monte. Une passante me dit qu'elle est « dérangée » et qu'il ne faut pas lui faire de mal. Je lui explique que ce n'est pas la police mais les pompiers et qu'on l'emmène à l'hôpital pour la soigner. Une autre arrive, I répète la même chose et lui demande d'expliquer aux personnes qui étaient présentes que c'est pour la soigner que l'on fait cela. Puis I, visiblement bouleversée, essuie une larme et dit « *plus jamais ça, je ne veux plus faire ça* ». M arrive alors en courant, et donne aux pompiers les informations médicales d'usage. Il leur explique qu'on va rejoindre les urgences de la conception en métro, que tout est organisé là-bas pour l'accueil de FB.

M et I débrièfent rapidement sur le chemin du métro : I a trouvé la situation violente, M semble résigné. Il lui explique, une fois de plus, que ce qui a été fait l'était pour le bien de la personne, que l'on ne pouvait pas la laisser délirante comme cela dans la rue, qu'elle était en danger. Il explique aussi à l'interne que certaines HDT se passent différemment, plus calmement. M lui propose d'aller seul à la Conception, pour qu'I puisse s'occuper de compléter le dossier médical informatisé partagé par les services psychiatriques, afin que les soignants des urgences aient toutes les informations nécessaires (I va ainsi découvrir que FB a une famille, des enfants et qu'ils vont être contactés pour être le tiers -> ce qui est mieux car en impliquant la famille, on les implique aussi sur l'après hospitalisation et sur le suivi).

M veut aller aux urgences pour voir FB ; il m'explique c'est important « *symboliquement* » pour les soignants des urgences de signifier à la personne que c'est l'EMPP qui fait l'HDT, et que les soignants des urgences sont là pour accueillir la personne (et ne sont pas dans le rôle des « *méchants* »). Le contact avec FB est impossible : elle est logorrhéique, son discours est totalement incohérent et elle nous en veut explicitement. M explique les données médicales à l'interne, et remplit son certificat médical initial d'HDT.

17/02/2011 : tournée de rue

M reçoit un appel des urgences de la Conception car il manque le certificat du tiers pour l'HDT de FB. I n'a pas réussi à joindre la famille, et l'assistante sociale de *Autre Regard* n'a pas fait le certificat. M insiste pour que ce soient les urgences qui appellent l'association : lui a fait son travail. Il dira en rattachant qu'il faut savoir déléguer et que ça soulage. Il parle du certificat du tiers qui est souvent fait par l'administrateur de l'hôpital ; ce qui est légal, mais ouvre la voie à tous les abus et à la « *toute puissance de l'institution médicale* ». Dans l'équipe, ils refusent cela et s'il n'y a pas de tiers, ils font une HO. C'est ce qu'I a dit à *Autre Regard* qui ne voulait pas faire le certificat, ce qui déclenche (« *à chaque fois* ») des réactions fortes : « *non, non pas d'HO* ».

Une semaine plus tard, I va voir FB qui est hospitalisée à Edouard Toulouse. Le traitement est efficace et FB est métamorphosée, ce qui conforte I dans le bien fondé de la décision de HDT qui a été prise.

[NT] 28/10/11

Hospitalisation Djamel

P = médecin psychiatre
I = interne en psychiatrie

Djamel est connu et suivi par l'équipe depuis de très nombreux mois. Il fait parti des résidents du Marabout mais tend à abandonner sa chambre lorsqu'une crise survient et retourne vivre dans la rue où sa situation psychique et physique se dégrade rapidement.

11h01. P appelle I sur son portable. Djamel est dans Noailles en plein délire. Il souhaite l'hospitaliser. On se retrouve sur la place du marché. Djamel passe à côté de nous, nous voit et part en courant vers la canebière. Il se réfugie au commissariat Noailles.

11h13. I appelle les pompiers.

P entre dans le commissariat, discute avec une policière qui trouve Djamel très gentil et ne sait pas qu'il est malade : « il vient tout le temps ici. Si vous le cherchez, il est là tous les matins. Il vient prendre son café ».

Dès qu'il aperçoit P, Djamel se met à crier, il veut partir, repousse P, l'insulte « pourquoi t'as mis une mini-jupe pour me suivre ? Salope ! ». La policière lui ordonne d'aller s'asseoir... il y va.

Pendant les minutes suivantes, l'interaction se jouera essentiellement entre la policière et Djamel sans plus tenir compte de la présence des membres de l'équipe.

11h30. les pompiers arrivent. Djamel les suit sans trop faire d'histoire et monte dans le camion. Il refuse que I monte à l'arrière avec lui. Le temps de faire les papiers et d'expliquer la situation, P appelle les urgences psychiatriques pour prévenir de notre arrivée. Je monte avec I à l'avant du VSAB.

Les deux pompiers à l'arrière rigolent avec Djamel qui ne veut pas aller à l'hôpital et veut aller au rond point du Prado. Pompier Chauffeur : « Allez, c'est parti pour le rond-point du Prado alors. (à nous) vous avez compris où on va ! »

11h50 Arrivée aux urgences psychiatriques de la Conception. Nous sommes reçu par une des médecins du service (PH)

PH : Pourquoi vous ne l'amenez pas aux urgences somatiques d'abord ? »

I : Moi je peux l'examiner

PH : Non, mais c'est un protocole qu'on a avec les urgences. Il faut aller là-bas !

11h53 Nous remontons dans le VSAB en direction des urgences somatiques.

A cette occasion Djamel tente de frapper I et l'insulte. Les pompiers s'excusent de devoir suivre le protocole ordonné par la PH. I s'excuse auprès des pompiers de leur faire faire ça.

11h55 : Arrivée aux urgences somatiques.

Djamel insulte les pompiers mais continue de suivre sans poser de problème. Il s'allonge sur le brancard.

Infirmière : C'est pour quoi ?

I lui explique l'histoire et le fait que la PH de psychiatrie veut que Djamel passe d'abord par les urgences somatiques.

Infirmière : Mais c'est pas logique... ici il va poireauter des heures. Il vient d'où ?

Pompier : On l'a pris dans la rue

Infirmière : C'est pour ça alors.

On attend... un brancard arrive et entre rapidement dans les urgences... on attend

12h02 : un autre VSAB arrive avec un blessé

Djamel insulte tout le monde dont un des pompiers arrivant (3 bandes blanches à l'épaulette - pompier 1)

Pompier 1 : On va se revoir. (à la cantonade) les deux dents qui lui restent, il va les perdre

Pompier 2 (une femme) à qui Djamel adresse une série d'insultes à caractère sexuel

Pompier 2 (à une infirmière) : Qu'est-ce qu'il fait là lui ? Met le dehors !

On leur explique la situation.

Pompier 1 à pompier 2 : « t'inquiète pas, on va le revoir lui »

Deux brancards sont entrés en box pendant qu'on attend encore dans l'entrée.

12h15 : Entrée en box

12h21 : L'interne des urgences essaye d'examiner Djamel... Examen impossible, il refuse qu'on le touche. I est devenu clairement un persécuteur et Djamel hurle dès qu'il le voit.

On suit l'interne dans le bureau des soignants.

PH des urgences nous demande qui on est

I : Je suis interne dans l'équipe mobile, équipe de rue

PH : je vous plains

I : non, c'est génial ce qu'on fait

Quelqu'un du staff demande à la PH : C'est qui ?

PH : L'équipe de rue. Ils ont un gros cœur mais il n'y a rien derrière

I : détrompez-vous, il y a plein de choses derrière

PH : eh ben on les connaît pas. (...) En tout cas, il (Djamel) m'a traité de grosse alors il ne reste pas dans le service. Il dégage !

Elle prend son téléphone et appelle les urgences psychiatriques. Elle s'énerve. « Non, on attend rien du tout. Il arrive. C'est tout ! » Elle raccroche. A nous : « Allez-y ».

12h30 : On sort des urgences somatique, direction les urgences psy où Djamel sera amené par des brancardiers pour ne pas nous voir.

12h40 : En attendant l'arrivée de Djamel, le staff des urgences psychiatriques discute sur comment organiser l'HDT. Il faut un PH pour faire le certificat, etc...

12h44 : Arrivée de Djamel aux urgences psychiatriques

12h46 : Il veut sortir fumer... sortir tout court.

Le staff des urgences décide de le mettre en chambre d'isolement (CI) et appelle du renfort infirmier

12h55 : Arrivée du renfort infirmier

12h57 : Mise en CI. 7 infirmiers l'encadrent (4 hommes, 3 femmes). Djamel refuse de se déshabiller devant les infirmières. Elles sortent de la chambre.

Djamel se déshabille trop doucement. Les infirmiers le couche de force et le déshabille, calmement et sans violence. Il insulte mais se laisse faire. Un des infirmiers jette le sac d'habits sales à une infirmière. Elle me regarde « et à l'équipe mobile, vous avez de quoi lui laver ses vêtements ? Parce que là... »

13h05 : fin de la mise en CI

13h10 : I renseigne le dossier patient informatisé pendant que se fait la relève d'équipe.

Un des membre du staff demande à I : « et là, il est sous quoi ? »

I : je pense qu'on va faire une HDTU. Nous on a un tiers, c'est M., c'est celui qui dirige le Marabout. Il viendra signer à 14h. Si la PH veut bien faire le certificat, c'est cool, sinon P a dit qu'il pourrait le faire vers 16h s'il y a un problème.

Un infirmier arrivé en retard à la relève demande : « J'ai pas compris, il se passe quoi ? »

Un autre répond : « il n'y a rien à comprendre, c'est la Girarderie du vendredi »

13h30 : départ des urgences

II - 2 - Accompagnement au logement

En préambule²⁷ à la description de l'accompagnement des personnes cibles de ce programme, nous souhaitons ici faire un petite digression afin de resituer l'évolution du contexte social et politique actuel dans lequel s'insèrent et se développent les activités de ce programme. Nous nous limiterons à décrire quelques éléments clés qui influencent et éclairent sous un jour particulier l'accompagnement des personnes cibles au sein du programme MARSS.

La dernière « crise » économique (2008), venant se surajouter à une crise de fond « chronique », a influencé les logiques des acteurs du champ tant social que sanitaire dans leur ensemble, tant d'un point de vue local que global.

D'un point de vue global d'abord, les politiques ciblant les migrants en Europe et en France se sont particulièrement durcies, rendant les conditions d'existence de ces personnes de plus en plus précaires et incertaines. Ceci a eut pour conséquences de complexifier et rendre plus difficile l'accompagnement des personnes migrantes, qui représentent une partie de plus en plus importante de la file active : réduction des possibilités de demande d'asile (loi Dublin 2 entres autres) ; refus d'accueil dans les hébergements même d'urgence ; titre étranger malade et AME de plus en plus difficiles à obtenir ; augmentation des discriminations à l'accès aux soins (Chauvin & Simonnot, 2013) ; multiplications des contrôles, des arrestations et des reconduites à la frontière.

D'un point de vue local et économique l'AP-HM avec un déficit de plus de 50 millions d'euros en 2008, et avec l'arrivée d'un nouveau directeur, a concentré ses efforts sur la réduction des coûts, avec succès (environ 15 millions en 2012). Néanmoins ces « efforts » ont eut des conséquences importantes sur les logiques et le fonctionnement des services. L'équipe MARSS, malgré le soutien du ministère, a largement dû faire face à des services administratifs ayant reçu l'ordre de réduire les dépenses, avec pour conséquence de nombreux blocages. La levée de ces blocages est très chronophage, et c'est autant de temps qui n'est pas consacré directement aux personnes et la mise en place du programme.

Concernant le logement, la loi DALO votée en 2007 suite à un mouvement autour de la question SDF en France, n'a jamais eut d'impact sur le relogement des personnes vivant à la rue et cela pour des raisons liées à la construction du texte législatif lui-même (Damon, 2011). Le programme MARSS a donc du s'appuyer sur un contexte local favorable sur le logement dans le centre ville de Marseille, mais avec une loi inutile pour sa population cible, et des réglementations sur le migrant privant un bon nombre d'entre eux de toute ressource et donc de tout accès à un logement ordinaire par les voix légales.

Enfin, en aout 2011 une nouvelle loi a été mise en place concernant les hospitalisations sans consentement. Née d'une volonté présidentielle de protéger les victimes des « malades schizophrènes dangereux »²⁸, cette loi va avoir peu d'impact d'un point de vue opérationnel sur les personnes de la file active. En effet, elle prévoit la possibilité d'un suivi sous contrainte ambulatoire, ce qui est impossible quand les personnes sont sans chez soi. De fait, cette loi, aura pour effet indirect de renforcer le traitement différentiel sur les questions de contraintes entre personnes sans chez soi et personne avec chez soi par ailleurs décrit dans la littérature scientifique (Lorant et al. 2007).

²⁷ Ce préambule a été rédigé par Vincent Girard.

²⁸ Cf le discours du Président Sarkozy en 2008.

II - 2 - 1 - Le Marabout

A - Description du dispositif « matériel »

Le Marabout est aujourd'hui une « résidence accueil » située au 35 rue Curiol dans le 6^{ème} arrondissement. Si cette « définition » à minima (adresse et type de dispositif) peut suffire à désigner certaines structures, elle n'est que très peu opérante pour le Marabout. En effet, tant par son histoire que par son mode de fonctionnement actuel, cette structure d'hébergement recouvre des caractéristiques bien particulières qui ne se retrouvent pas ailleurs.

➤ *Très forte évolution du lieu : du 46 au 35*

Pendant les 18 mois qu'a duré cette étude, le Marabout a considérablement évolué. Il est alors difficile de présenter « son » mode de fonctionnement ou le projet qu'il représente, tellement ces éléments sont l'objet de débats et de modifications réguliers.

- Projet de départ

Nous ne reviendrons pas ici en détail sur l'histoire du lieu. Seul quelques éléments en seront évoqués du fait de l'importance qu'ils recouvrent aujourd'hui encore sur la gestion de la structure.

Le Marabout du 46, était installé dans un ancien hôtel abandonné. Propriété de la ville, le bâtiment a été squatté à partir de février 2007 pour y établir un « squat thérapeutique ». Dans le courant de l'année 2007, le docteur Girard et le professeur Naudin travaillent avec la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille sur une reconnaissance officielle du dispositif. En janvier 2008, l'association Habitat Alternatif et Social (HAS) qui suit avec intérêt l'évolution du projet depuis sa création, est approchée pour être porteur administratif et financier du projet Marabout. En septembre 2008, le squat fut régularisé avec l'établissement par la ville de Marseille d'un contrat d'occupation précaire dont HAS était le locataire.

Les objectifs du Marabout du 46 étaient alors multiples. Il servait autant de solution « d'amont » (permettre de stabiliser une personne en attendant la possibilité de l'hospitaliser) que « d'aval » à l'hospitalisation (fournir un hébergement à la sortie de l'hôpital). C'était un lieu de vie pour toutes les personnes qui y étaient hébergées et un lieu d'accueil pour les personnes de la rue qui pouvaient passer y prendre un café, y chercher un peu de nourriture ou venir y rencontrer les résidents qu'ils y connaissaient, jouant une fonction d'accueil de jour. C'était aussi un lieu ressource pour les personnes sans abri suivies par l'équipe mobile, où des consultations psychiatriques, somatiques et sociales se tenaient.

L'association « Marabout du 46 » présente alors le lieu comme suit :

« Ancien hôtel de passe situé dans une rue connue pour son activité intense de travailleuses du sexe, Il comprend 16 possibilités de chambre individuelle. Organisé sur un mode semi collectif, chaque habitant a une clé pour sa chambre individuelle, défini comme son lieu privé : son chez soi. Un espace collectif situé au rez-de-chaussée permet plusieurs activités: vie communautaire, de soins et de prendre soins, d'accueil, d'auto support et culturelle. L'objectif des personnes du collectif ayant ouvert ce lieu était au départ de permettre à des personnes malades vivant dans la rue de pouvoir d'abord y trouver un chez soi, mais aussi un chez nous, en s'inspirant à la fois des pensions de famille et de l'auto support. L'autre objectif était qu'ils puissent se soigner à domicile ou à l'hôpital selon leurs besoins et leur choix. Ce lieu a rapidement eu comme nouvelle ambition de proposer une autre façon de vivre ensemble, avec un bas seuil d'exigence, un respect de la temporalité de la personne, mais aussi une organisation autour du faire ensemble, de la participation des habitants non seulement à la réflexion mais aussi aux décisions et aux actions. » (Association Marabout du 46, Rapport d'activité 2008 : 5)

Au moment de son ouverture, l'immeuble du 46 était très délabré et malgré les nombreux travaux d'aménagement qui y ont été réalisés par les résidents et les membres de l'équipe, le local demeurait quasiment insalubre.

Mais en dehors de ces questions de salubrité et de fonctionnalité des locaux (fuites d'eaux, chauffage parfois défaillant, installation électrique « sauvage »), Nadège Roques (2009), dans son mémoire de Master, en donne la description suivante :

« Au Marabout, les quatre étages supérieurs sont réservés aux résidents. Une affiche en bas des escaliers indique que tout visiteur est strictement interdit. Une douche supplémentaire au rez-de-chaussée est toutefois mise à disposition des visiteurs. Une machine à laver utilisée par tous est aussi présente dans cette pièce au fond du patio. A côté, on trouve une chambre d'urgence pour les non résidents qui en auraient besoin. Le rez-de-chaussée est donc le lieu où se dit le plus l'ouverture à l'Autre et son acceptation dans la familiarité du quotidien. (...) Arrivant directement dans la salle commune, on peut voir la grande fresque représentant un coucher de soleil sur la mer qui recouvre le mur du fond. La fresque continue sur le mur de gauche avec l'inscription Nomades Célestes et, au-dessous, un grand tableau d'affichage qui sert autant à rappeler les rendez-vous des résidents qu'à donner des informations culturelles, associatives. A droite, en entrant dans la salle commune, la porte du bureau de l'équipe affiche un autocollant de Médecins du Monde. Toujours en entrant se trouve le règlement du Marabout ainsi qu'une autre feuille A4 avec les personnes à contacter. Cet espace est donc marqué symboliquement comme un lieu où **s'échangent des informations** ainsi que des paroles puisque c'est la seule pièce du rez-de-chaussée où il y a une grande table avec des chaises. » (Roques, 2009 : 75-78)

Extrait du rapport d'activité 2009 de « l'équipe²⁹ » :

Le diagnostic local qui a précédé la création de la mission santé mentale a soulevé un problème fondamental : l'inexistence de structures d'hébergement adaptées à la situation des personnes sans-abris vivant avec des troubles psychiatriques. Dans l'impossibilité de trouver un logement adéquat, il est en effet impossible pour les personnes malades de s'engager dans un rétablissement durable. Une association marseillaise, « Le Marabout du 46 », a développé, depuis janvier 2007, un projet d'habitation communautaire et thérapeutique, en direction des personnes sans-abris vivant avec des troubles psychiatriques sévères. Le projet d'établissement de cette association s'est appuyé sur des logiques d'entre-aide mutuelle et d'accueil bas-seuil, permettant aux personnes de reprendre progressivement contact avec un espace privé et une vie collective, tout en respectant leur temporalité.

Partie d'une initiative citoyenne, cette association n'avait ni les moyens ni les ressources nécessaires pour faire valoir son projet aux yeux des partenaires institutionnels et des bailleurs locaux. La mission santé mentale a donc appuyé techniquement l'association dans la rédaction de son projet d'établissement, l'organisation des rencontres avec ses partenaires institutionnels et engagé le travail de conventionnement nécessaire à la pérennité de son action. A la fin de l'année 2009, l'association « Le Marabout du 46 » s'est vu attribuer un financement de résidence accueil alors que l'association demandait un financement sur un projet expérimental.

Dans le même temps, l'association H.A.S. (habitat alternatif et social) a accepté de se charger de la gestion administrative de la résidence accueil. Elle est à ce titre responsable des éléments financiers et des éléments de ressources humaines mis à disposition du lieu. »

Le principe recherché était celui de l'auto-gestion et d'un fonctionnement communautaire, même si à y regarder de près la question de la mise en œuvre de ce principe pouvait se poser, comme le notait Nadège Roques dans son mémoire de master en anthropologie dédié au

²⁹ Ce rapport d'activité est celui de la « mission équipe mobile de santé mentale communautaire » de Médecin du Monde. C'est au cours de cette année 2009 que l'AP-HM affectera des moyens conséquents à cette équipe mobile (passant de 2,5 à 7 ETP), permettant la pérennisation de l'équipe, aboutissant aboutissant au désengagement de MdM en début d'année 2011.

Marabout : « Comment les acteurs du Marabout peuvent-ils créer de la *communauté* alors que sont différenciés *programmateurs* et *exécuteurs* et que le *public cible* est objet d'une action de santé publique de la part de ceux-là ? » (Roques, 2009 : 40).

Le Marabout était un lieu où les personnes pouvaient se « poser » pour des périodes plus ou moins longues, dans l'attente de trouver une autre solution de logement. La rotation des résidents était relativement importante, 42 séjours au cours de l'année 2009, dans les 13 chambres que comptait la structure. Dans le courant de l'année 2009, le Marabout bénéficiera d'un financement en tant que « résidence accueil » d'un montant de 16 € par jour et par personne hébergée, financement qui perdure encore aujourd'hui. Par ailleurs, l'activité d'accueil de jour a pris fin en septembre 2009.

En mars 2011, « la résidence accueil le Marabout » a quittée le 46 rue Curiol pour emménager dans la même rue au numéro 35, dans un immeuble entièrement rénové.

- Projet de soin à ce jour

Depuis son emménagement au 35 rue Curiol, le fonctionnement du Marabout a considérablement évolué. Si le projet de soin avancé par l'équipe reste sensiblement le même, pour des raisons matérielles et en raison de l'évolution des profils des résidents, sa mise en œuvre au quotidien a demandé de nombreuses réorientations (cf. infra : Le projet des résidents)³⁰.

Pour autant, il s'agit toujours d'accueillir les personnes les plus démunies, pour lesquelles aucune autre solution de logement n'a été trouvée et le plus souvent à l'issue d'une hospitalisation. Les objectifs des séjours au Marabout, sont la mise à l'abri en évitant un retour à la rue, la continuité des soins, le recouvrement des droits sociaux, l'apprentissage du vivre ensemble et, dans la mesure du possible, un travail d'accompagnement des résidents dans la reconstruction de leur autonomie au quotidien (faire à manger, se laver, entretenir sa chambre, etc...). À cela s'ajoute des sorties bi-mensuelles qui sont proposées aux résidents généralement sous forme de promenade, à la mer ou à la campagne.

➤ Description du lieu

L'immeuble du 35 rue Curiol présente à peu près les mêmes caractéristiques que celui du 46, la salubrité, l'étanchéité et la fonctionnalité en plus.

- L'entrée -

Depuis la rue, la porte d'entrée s'ouvre à l'aide d'une clef magnétique plus facile à utiliser qu'une clef classique et plus difficile à faire refaire. Les interphones indiquent les prénoms des résidents. La porte d'entrée donne sur une cage d'escalier desservant les quatre étages de l'immeuble où se trouvent les chambres personnelles des résidents. Une grande porte à double battant, à gauche de l'escalier ouvre sur l'espace commun du Marabout.

- Le rez-de-chaussée -

Juste à gauche de l'entrée se trouve le bureau des professionnels. Dès lors qu'aucun salarié du lieu n'est présent, le bureau est fermé à clef. Le reste du temps, il n'est pas rare que la porte reste ouverte, permettant aux résidents d'y entrer lorsqu'un professionnel s'y trouve. Dans ce petit bureau se trouve deux tables sur les murs opposés de la pièce. L'une avec un ordinateur avec connexion internet, l'autre servant d'avantage au travail sur papier. Une étagère supporte des bannette nominatives qui servent de boîtes à lettre pour les résidents, un meuble

³⁰ Et dans la partie « Discussion » de ce rapport le paragraphe I-4 : Evolutions du Marabout.

métallique haut fermant à clef contient les dossiers des résidents et un autre renferme des produits d'entretiens et de consommation courante pour le lieu (filtre à café, sous-vêtements de rechange, etc) et une petite pharmacie de premier secours. Ce bureau comporte deux grandes fenêtres qui donnent directement sur la rue, permettant de voir les allées et venues devant l'immeuble.

Le lieu de vie commun est composé de trois espaces. Le premier, le plus près de la porte comporte deux canapés et un fauteuil. Pendant plusieurs mois s'y est trouvée une télé hors de fonctionnement avant qu'elle ne soit remplacée par une petite bibliothèque. Dans un renforcement de ce premier espace se trouvent des toilettes communes et une cabine de douche ainsi que la porte d'accès au sous-sol. Dans le prolongement se trouve la grande table de la salle à manger entourée de chaises pliables dont le nombre varie en fonction des personnes présentes. Cette espace salle à manger ouvre sur une cuisine ouverte totalement équipée : un four, un micro-onde, deux frigos, des plaques chauffantes...

Le fond de cette pièce est une façade de portes vitrées qui ouvrent sur la cour intérieure de l'immeuble, dont la moitié bétonnée comporte des tables de jardin et quelques chaises et la seconde partie au sol en terre permet, au gré des disponibilités des professionnels, d'accueillir un petit jardin. Au fond de cette cour de grand fils sont tendus en guise d'étendage pour le linge.

- le sous-sol -

Les escaliers, très raides, permettent d'accéder à deux grands espaces ouverts et un grand placard de rangement, fermé à clef qui sert de réserve pour les outils nécessaires à l'entretien des lieux. Une clef de ce « placard » a été donnée à un ancien résident pour qu'il y entrepose son matériel nécessaire à la fabrication d'instruments de musique.

Le grand espace sur la gauche des escaliers est la buanderie. S'y trouvent la réserve de vêtements et de linge de maison, ainsi que les machines à laver et sèche linge. Sont aussi entreposés à même le sol des cartons de boîtes de conserve et autre nourriture de réserve longue conservation. L'espace de droite est quant à lui, la réserve alimentaire. Tout y est entreposé à même le sol, les plaques de contreplaqué fixées sur les murs lors de la rénovation n'ayant pas supporté le poids des denrées alimentaires posées sur les étagères qui y avait été fixées.

- Les étages -

Chacun des trois premiers étages de l'immeuble comporte quatre chambres et une chambre unique, identique aux autres se trouve au quatrième étage.

En plus du lit une place, chaque chambre bénéficie d'une toilette, d'une cabine de douche, d'un radiateur électrique et d'une fenêtre ouvrant, soit sur la rue, soit sur la cour intérieure de l'immeuble. Chaque résident est libre d'aménager sa chambre comme bon lui semble mais rares sont ceux qui y apportent des meubles ou placent des éléments de décoration.

➤ *Description des intervenants*

Quatre salariés travaillent spécifiquement au Marabout :

- Un coordinateur, responsable du lieu, assistant social de formation, salarié à temps plein par HAS
- Une responsable du pôle logement, à mi-temps sur les appartements (cf. infra) et à mi-temps sur le Marabout, éducatrice spécialisée, salarié par HAS sur financement de l'AP-HM

- Un médiateur de santé, travailleurs pair, salarié d'HAS. Plombier de formation, il a vécu plusieurs années dans la rue. Il est l'homme à tout faire du lieu et s'occupe autant des résidents que de l'entretien des locaux. Salarié à temps plein par HAS sur financement de l'AP-HM.
- Une assistante médico-psychologique, salariée par HAS, travaillant au départ à mi-temps puis à temps plein.

À ces quatre personnes permanentes s'ajoute de façon régulière un ou une stagiaire en formation d'éducateur spécialisé (pour des stages d'une durée de six mois) et des personnes intervenants bénévolement : une psychologue, depuis mi-2012 et un infirmier à la retraite qui participe à la structure depuis sa création et qui aujourd'hui accompagne les sorties collectives en plein air des résidents.

Pour assurer la distribution quotidienne des traitements et prodiguer les soins à domicile, deux infirmières libérales interviennent quotidiennement sur le lieu. Un kinésithérapeute intervient aussi de façon hebdomadaire depuis début octobre 2011.

➤ *Emploi du temps du lieu*

Calendrier hebdomadaire 35 rue Curiol

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Activités	Personnel présent	Activités	Personnel présent	Activités	Personnel présent	Activités	Personnel présent	Activités	Personnel présent
Petit déjeuner collectif	- Référent - Coordinateur - Médiateur - Médecin - Infirmier	Réunion Bel Air (9h-10h)	Au moins 2 salariés HAS EMPP	Banque alimentaire	2 salariés au choix	Permanence médicale Hygiène Chambre	Médecin et infirmier EMPP Médiateur référent	Préparation repas communautaire	Référent coordinateur
Repas de travail	HAS	Repas partenarial sur site	Partenaire projet	Repas GEM	1 salarié GEM	Sortie extérieure	Travailleur social et bénévole	Repas communautaire	Référent Coordinateur médiateur
Ménage	- Travailleuse familiale - stagiaire	14h accompagnement Entretien Bel Air 16h réunion communautaire	Infirmière -médiateur -Médecin Au moins deux salariés d'HAS	Permanence sociale	AS EMPP	Sortie extérieure	Travailleur social et bénévole	Permanence Sociale	AS EMPP

Source : Référentiel Marabout Juin 2011

Ce calendrier issu du référentiel de 2011 demande à être commenté à l'aide des observations que nous avons pu menées dans le lieu.

Lundi

matin : petit déjeuner collectif. Dans les faits, ce petit déjeuner est avant tout animé par la stagiaire éducatrice, plus que par l'équipe de professionnels statutaires du lieu. Les professionnels de l'EMPP n'y participent pas.

après-midi : L'entretien collectif du lieu est principalement réalisé par une femme de ménage. Aidé de l'AMP, elles tentent d'amener du mieux possible les résidents à participer à l'entretien du lieu mais cela a beaucoup de mal à se mettre en place. L'AMP nous explique les stratégies qu'elle développe pour pousser les résidents à faire la vaisselle ou passer le balai. Le principe étant l'exemplarité, les tâches ne peuvent être simplement déléguées, il faut commencer par passer le balai, puis demander de l'aide avant d'éventuellement pouvoir laisser la personne terminer seule.

Mardi

matin : voir la section suivante « le staff ».

midi : A notre connaissance, ce type de repas ne s'est jamais tenu pendant tout le temps de notre présence.

après-midi : L'accompagnement des résidents du Marabout aux consultations médicales rue Bel Air a disparu pendant la majeure partie de notre temps de présence. Cela s'explique par deux éléments :

- L'augmentation de l'activité des professionnels au Marabout ne leur permettait plus de consacrer un après-midi pour accompagner les résidents aux consultations de l'EMPP.
- La volonté de remettre les résidents dans les circuits de soin du droit commun. Les accompagner rue Bel Air était une manière de leur tenir la main alors que l'objectif même du lieu est de leur permettre de prendre en main leur projet de soin. Face aux personnes vivant encore dans la rue et qui se présentent très majoritairement d'elles-mêmes aux consultations, il semblait important de ne pas en faire trop pour les résidents. Par ailleurs, nombre de résidents ont un médecin traitant et il n'est donc plus d'actualité pour eux de consulter rue Bel Air.

Ce principe a posé problème, notamment pour ceux qui étaient suffisamment autonome pour se rendre d'eux même rue Bel Air mais n'y allaient pas, comme pour ceux qui avaient un médecin traitant mais ne prenaient pas ou ne respectaient pas les rendez-vous. De fait, une partie des résidents du Marabout n'ont plus été suivi médicalement.

Face à ce constat, et à l'absence de solution trouvée pour y remédier, les accompagnements rue Bel Air ont en partie repris à partir de l'automne 2012.

Mercredi

matin : L'approvisionnement à la banque alimentaire est une activité qui fonctionne plutôt bien. Initialement envisagé pour deux salariés, elle est généralement réalisée par le coordinateur du lieu accompagné de un ou deux résidents du Marabout. Le déchargement du véhicule au retour de la banque alimentaire demande aussi la participation de plusieurs personnes et se fait là aussi avec l'aide des résidents et des autres professionnels présents sur le lieu.

Midi : le repas au GEM les chamanes – Nomades Celestes a fonctionné un temps. Accompagné par les professionnels ou s'y rendant par eux-mêmes, certains résidents ont été

assidus à cette activité hebdomadaire. La suspension de ces repas communautaires est essentiellement dûe à des dysfonctionnements internes au GEM et à son déménagement. La proximité retrouvée entre le GEM des chamanes, désormais installé au 48 rue Curiol, et le Marabout permet d'espérer une reprise de cette activité dans les mois qui viennent.

Après-midi : les permanences sociales ont souvent été déplacées et sont passées de deux après-midi par semaine à une seule. Ici aussi, c'est par manque de temps que les professionnels ont réduit le nombre de permanence.

Jeudi

Les sorties organisées tous les 15 jours fonctionnent bien et s'étendent sur toute la journée plutôt que sur la seule après-midi.

La permanence médicale a été déplacée au jeudi après-midi mais souffre d'un manque de disponibilité des soignants de l'EMPP et de la faible présence des résidents sur le lieu à ce moment-là.

Une deuxième demi-journée de ménage a été ajoutée, sur le même principe que le lundi après-midi.

Une fois par mois un groupe de parole autour des addictions se tient le jeudi en fin de journée, animé par un addictologue extérieur à l'équipe et auquel participe régulièrement une assistante sociale de l'EMPP. Ce groupe de parole s'est arrêté dans l'été 2012.

Vendredi

Le repas communautaire du vendredi est présenté et ressenti par tous (professionnels et résidents) comme un des moments les plus importants de la semaine... « *le seul où on a vraiment le temps de se poser avec les résidents* » [NT].

La permanence sociale du vendredi après-midi a été supprimée par manque de disponibilité des assistantes sociales de l'EMPP.

B - Les pratiques à l'intérieur du Marabout

➤ *Le staff*

Le « staff Marabout » est une réunion file active au cours de laquelle sont examinées les situations de chacun des résidents. Y sont présentées aussi bien les situations sociales (droit sociaux) et médicales (traitement et suivi médical) que la vie quotidienne de la personne au sein du collectif ou les possibilités d'orientation vers un autre dispositif que le Marabout.

L'organisation de cette réunion a été modifiée plusieurs fois au cours de notre période de présence, notamment par une tentative d'organiser la réunion alternativement une fois Rue Bel Air, une fois au Marabout. L'idée de cette réunion au Marabout était de permettre aux résidents d'y participer et de s'exprimer librement face à l'équipe. Cependant il y avait plus de professionnels que de résidents à la réunion, et cela limitait les prises de parole des résidents.

Une seconde tentative fut de recevoir individuellement chaque résident à tour de rôle dans le bureau du Marabout. Ce principe s'est mis en place et a perduré un temps mais ne s'est pas révélé suffisamment intéressant dans les échanges qu'il permettait pour être maintenu.

➤ *La sélection des résidents*

Le mode de sélection des résidents pour le Marabout n'a jamais été fixé selon un cadre et un protocole stable. La seule constante est que seul l'EMPP oriente des personnes vers le

Marabout et il est de fait nécessaire qu'un premier lien ait été tissé entre les professionnels de l'équipe de rue et la personne avant de la présenter comme résident potentiel au Marabout. Une fois cette étape passée, un second critère est décisif : le désir de la personne de résider dans ce lieu, ou tout du moins l'acceptation de cette proposition qui lui est faite.

Pour le reste, plusieurs critères s'entremêlent dans les discussions pour décider qui résidera au Marabout lorsqu'une place se libère :

- l'absence de solution d'hébergement autre que le Marabout pour la personne
- la capacité de la personne à vivre en collectivité
- l'adhésion au projet de lieu collectif
- un début de stabilisation de l'état psychopathologique
- le soutien de la « candidature » par au moins un des membres de l'équipe
- le rapport au risque d'un temps supplémentaire passé dans la rue

Parmi ces différents critères une attention particulière est portée aux personnes en sortie d'hospitalisation pour lesquelles aucune solution d'hébergement n'est trouvée. En effet, ces personnes hospitalisées l'ont généralement été du fait d'un état de crise qui les mettait en danger dans la rue. L'hospitalisation aura permis de passer ce stade aigu et d'établir ou de renforcer les liens avec cette personne. Un retour à la rue dès la fin de l'hospitalisation ferait perdre tous les bénéfices de ce séjour hospitalier.

Mais l'aspect informel de ces critères et prises de décision s'est heurté à l'évolution du Marabout, à son changement de statut institutionnel et des nouvelles contraintes qui y sont liées en terme de fonctionnement³¹.

De fait, plusieurs réunions se sont tenues, auxquelles participaient les cadres d'HAS, les membres de l'EMPP et les salariés intervenant au Marabout pour redéfinir/repréciser le projet du Marabout, essayer de définir clairement ses règles de fonctionnement et, dernièrement, d'établir un protocole à suivre pour toute nouvelle inclusion dans le dispositif. Ces éléments sont développés dans la dernière partie du rapport consacré à l'institutionnalisation du dispositif et à son développement, ainsi que dans la partie innovation/reproduction.

➤ *Le projet des résidents*³²

L'évolution du dispositif a des répercussions directes sur le type de population qui y est hébergé et donc sur son mode de fonctionnement quotidien et à terme sur les objectifs visés par ce dispositif.

Comme souligné précédemment, le premier marabout n'était pas un lieu confortable à vivre et les ressources humaines de l'équipe ne permettaient qu'un accompagnement sur les activités quotidiennes (linge, hygiène corporelle, nutrition). De fait, les résidents devaient faire preuve d'un certain nombre de compétences physique, mentale et sociale pour pouvoir y demeurer. Ces conditions de vie à l'intérieur du lieu opéraient alors une sélection implicite sur le profil des résidents pouvant y être accueillis sur du moyen ou long terme. Du fait de cette sélection implicite, le renouvellement des résidents était relativement important. Les personnes les plus compétentes trouvaient un autre lieu plus confortable pour se loger, l'exception portait alors sur les quelques personnes pour qui, du fait de leur situation irrégulière induisant une absence de droits sociaux impossible à résoudre, et/ou de la sévérité de leur pathologie, aucune autre solution d'hébergement n'était possible.

³¹ Voir dans la partie « Discussion » de ce rapport le paragraphe I-4 : Evolutions du Marabout.

³² Cette sous-partie a été rédigée par Vincent Girard.

L'évolution des moyens humains et l'amélioration des conditions matérielles, et plus particulièrement depuis le déménagement du Marabout dans un immeuble rénové au 35 rue Curiol, ont totalement transformé ce mode de fonctionnement initial.

En effet, le confort qu'offre aujourd'hui la résidence Marabout, matériellement parlant, mais surtout dans l'accompagnement des personnes dans les gestes du quotidien (au premier rang desquels se trouvent l'hygiène et la nutrition), a rendu possible l'accueil des personnes les plus vulnérables et les plus déficitaires sur le long terme. Les personnes présentant ces profils étant aussi celles pour qui il est le plus difficile de trouver une solution d'hébergement autre que le Marabout, ce sont aussi celles qui y restent le plus longtemps. Il en découle une diminution du renouvellement des résidents avec un allongement des durées de séjour et un accroissement potentiel de la proportion de personnes sans droits sociaux³³ et/ou demandant le plus d'attention au quotidien.

Un autre point important et peut-être le plus significatif pour comprendre l'évolution du Marabout, est celui du développement dès janvier 2010 de l'accès à un chez soi ordinaire (appartements autonomes, voir infra) par l'équipe, puis en août 2011 l'arrivée du programme « un chez soi d'abord ». Ces deux dispositifs, très proches quant à leur philosophie d'intervention, ont permis à plusieurs dizaines de personnes d'avoir accès à un chez soi rapidement et de façon pérenne. Dès lors, ne sont restés au Marabout que les personnes en situation de handicap tant psychique que social et politique, et cumulant des facteurs d'exclusions sociales :

- 1- « interne » à la personne : Troubles psychiatriques particulièrement sévères, non maîtrise de la langue, éloignement familiale et culturel.
- 2- Externe à la personne : durcissement des lois et réglementation d'accès aux droits des étrangers en Europe et en France (loi Dublin 2), tension grandissante sur les budgets des associations, et banalisation des comportements racistes et discriminatoires chez les professionnels du social et du sanitaire dans un contexte de montée de xénophobie européen (Chauvin & Simonnot 2013).

La conséquence directe de cette évolution de population est la moindre participation des résidents à la conduite des activités quotidiennes du lieu ; activités qui sont de fait réalisées par les professionnels. Effet en cascade de cette occupation des professionnels sur les tâches quotidiennes, une impossibilité de consacrer le temps nécessaire pour accompagner les personnes dans leur désirs et projets personnels alors même que l'évolution de la population vers des personnes plus dépendantes rend plus difficile l'émergence de désirs et de projet personnels. Alors que cet accompagnement et cette place centrale accordée aux désirs de la personne sont au cœur du projet de soin du dispositif, il ne peut être concrètement mis en œuvre du fait de l'accaparement des professionnels par les tâches fonctionnelles et l'entretien du lieu.

Enfin, cette stabilisation au Marabout des personnes les plus en difficulté, les plus vulnérables et les moins aptes à se défendre par elle-même a eu pour conséquence dans un premier temps l'augmentation des intrusions et des dégradations sur le lieu, causée par des personnes provenant de l'extérieur. Dans un second temps, pour remédier à ce problème, HAS a recruté un veilleur de nuit pour sécuriser le lieu de 21h à 7h du matin.

Enfin il faut noter que l'activité du Marabout, malgré ses nombreuses évolutions, est toujours restée très éloignée d'une résidence accueil classique. Il existe un écart important entre le

³³ Nous revenons plus spécifiquement dans la partie « Discussion » de ce rapport le paragraphe I-4 : Evolutions du Marabout sur cette question particulière des personnes sans droits sociaux.

financement accordé à cette structure et le type d'activité qui s'y développe, et ce depuis le début de son institutionnalisation. Si l'ARS comme le ministère reconnaissent implicitement cette réalité dans les différentes discussions avec les porteurs, dans les faits, le financement accordé, et donc les ressources humaines attribuées au lieu, restent ceux d'une résidence accueil.

Partant de l'expérience du Squat (Marabout 2007 et 2008), un projet écrit et défendu par MARSS d'alternative à l'hospitalisation, tente de se développer pour essayer de mieux répondre à la question de la gestion des situations de crise et d'urgence des personnes sans chez soi avec des troubles psychiatriques sévères. Cette expérimentation, si elle a finalement lieu, pourrait permettre entre autres, de proposer un cadre opérationnel sanitaire où la loi de 2011 sur les hospitalisations sans consentement pourrait s'appliquer aussi pour les personnes sans chez soi.

II - 2 - 2 - Appartements autonomes

A - Description et historique du dispositif

Il vise à permettre aux personnes de la File active d'accéder à un logement ordinaire (appartement) pour sortir définitivement de la vie à la rue. La nécessité d'adosser ce dispositif à l'équipe de rue est apparue rapidement dans l'équipe qui ne parvenait pas à trouver des hébergements pour les personnes qu'elle suivait. En effet, les CHRS acceptent difficilement les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères, même s'ils sont stabilisés. Le dispositif du Marabout a très vite été saturé, d'autant qu'il n'était envisagé que comme un hébergement temporaire. Le rapport d'activité de MARSS de l'année 2010 nous informe que le dispositif expérimental de « Service de Suite Marabout » a été mis en place en avril 2010. Il consiste à mettre à disposition des résidents des appartements associatifs (HAS) reconnus en ALT afin de les reloger s'ils sont éligibles aux critères du service de suite et si telle est leur demande. Cependant, ce dispositif a aussi été conçu comme une expérimentation du modèle « housing first » consistant à loger en appartement directement les personnes sans abri avec des troubles psychiatriques, sans passer par les différentes étapes devant conduire la personne à une stabilisation clinique (modèle « step by step »). Cette expérimentation a été imaginée par le Dr Girard qui préparait alors un rapport sur « la santé des personnes sans chez soi » commandité par le ministère de la santé, Eric Kerimel (directeur de HAS) et Sylvie Katchadourian (alors éducatrice spécialisée dans l'équipe MARSS). Elle a servi de référence pour la mise en place du programme national « Un chez soi d'abord » dans lequel ces acteurs jouent un rôle central (Dr Girard en tant que coordinateur national du volet recherche ; S. Katchadourian en tant que responsable du programme opérationnel sur la ville de Marseille). Ainsi, depuis 2010, une dizaine de personnes a été logé directement depuis la rue, avec, pour une partie d'entre elles, une hospitalisation préalable pour les stabiliser cliniquement.

L'accès au logement autonome est habituellement difficile pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, ayant de faibles ressources économiques et ne bénéficiant pas d'un soutien familial ou amical pour les aider dans leur recherche de logement, ou pour se porter caution (Granger, Naudin, 2006). Pour contourner ce problème, l'EMPP a établi un partenariat avec HAS (Habitat Alternatif social) depuis 2010 pour loger les personnes qui le demandent et qui répondent aux critères. HAS capte des appartements dans le parc locatif privé, se porte caution auprès des propriétaires ; le PACT-Arim 13 remet en état les appartements si nécessaire et assure une maintenance. A terme, soit les personnes sont sur des « baux glissants », HAS relogé les personnes dans des logements avec un « bail glissant » afin que la personne soit titulaire du bail et gère elle-même son appartement.

Le dispositif a connu une montée en puissance progressive suite au rapport Girard et al. (2010) : 5 appartements au premier semestre 2010, 5 autres au second semestre, 7 appartements supplémentaires en 2011 et 2012. A la fin de l'année 2012, le dispositif comprenait 17 appartements (studios ou T1, pour des personnes seules, répartis dans différents quartiers de Marseille). La possibilité d'appartements plus grands, partagés par la collocation pour rompre la solitude a souvent été évoquée, mais le projet n'a pas encore abouti.

B - Le projet de soins

Le projet de soins n'est pas de mettre la personne à l'abri (des intempéries et des dangers qu'elle court dans la rue), mais de permettre à ces personnes d'accéder à un véritable « chez-soi » comme tout citoyen ordinaire et de l'accompagner dans son rétablissement afin qu'elle

retrouve une autonomie dans la gestion de sa maladie, qu'elle parte à la reconquête d'un espace de vie, de compétences et d'un rôle social. C'est dans cette activité d'accompagnement au logement que la philosophie du modèle de soins axés sur le rétablissement développé par l'équipe prend tout son sens. Il est en effet plus difficile de travailler au rétablissement des personnes qui continuent à vivre dans la rue, d'autant que les pratiques de soins orientés vers le rétablissement n'ont pas été étudiées dans cette population.

Pour cela, l'équipe MARSS « accompagne » les personnes à investir leur logement et à s'y maintenir. Il s'agit d'un accompagnement médical, social et éducatif afin de permettre une continuité des soins et une autonomisation progressive. L'accompagnement commence dès que le projet de logement autonome est évoqué avec la personne, jusqu'à ce que celle-ci ait totalement investi son appartement, s'y maintienne et accède au droit commun et à une pleine citoyenneté. Ceci comprend différentes étapes : choix de l'appartement, ameublement, alimentation (courses et préparation des repas), sociabilité, loisirs, etc.

Cependant, malgré les efforts qui sont faits pour accompagner les personnes dans leur logement, les aider pour l'aménagement, le maintien en état de l'appartement, un accompagnement pour faire les commissions ou pour faire un repas, ces moments restent très ponctuels et épisodiques. Selon les professionnels, et pendant la période d'observation, l'accompagnement à l'habiter reste dépendant de la disponibilité des membres de l'équipe et se révèle bien souvent trop parcellaire pour permettre à la personne de progresser réellement.

De plus, l'accession au logement est souvent perçue par certains membres de l'équipe comme un objectif et non comme un moyen du rétablissement. Ainsi, une fois entrée dans le logement, l'investissement de l'équipe à l'accompagnement tend à baisser alors que c'est à ce moment-là que peut commencer un travail autour de l'accompagnement plus connu et balisé vers le rétablissement. De même, au vu du contexte externe, mais aussi des compétences présentes dans l'équipe, il est beaucoup plus difficile pour les professionnels de travailler sur les dimensions de la resocialisation des personnes telle que la recherche d'emploi pour ceux qui souhaitent reprendre un travail, qui est pourtant une des dimensions essentielles dans la philosophie du rétablissement.

Ceci s'explique par deux ordres de facteurs. Le premier est d'ordre organisationnel : jusqu'au mois de septembre 2012, la séparation de l'activité en 2 pôles n'était pas totalement effective, et plusieurs professionnels intervenaient à la fois dans le pôle rue et dans le pôle logement. Dès lors, ils étaient facilement happés par le travail de rue, et moins disponibles pour les appartements. Le second est d'ordre identitaire : au cours de leur socialisation professionnelle (pendant leur études et leurs premières expériences professionnelles), les soignants (médecins, infirmiers) et les travailleurs sociaux ont appris à intervenir en priorité sur les situations urgentes ; ils sont ainsi beaucoup plus à l'aise dans les situations qui nécessitent de leur part une action immédiate, que dans un accompagnement où il leur est demandé de laisser faire la personne, ou de « faire avec » elle. Ainsi, ils tendent à s'inscrire dans le modèle de « l'urgence médico-sociale », plutôt que dans celle du modèle de « soins axés sur le rétablissement » (cf. plus loin dans la discussion la confrontation de ces deux modèles et ses conséquences sur les pratiques, p.138). L'apprentissage de pratiques innovantes (soins axés sur le rétablissement,) est un processus long, d'autant plus que la logique qui les sous-tend entre en concurrence avec celle des pratiques qui leurs ont été enseignées dans leur formation initiale.

On constate alors que si l'équipe développe une pratique particulière du soin, en ayant une approche plus adaptée à son public cible et en prenant davantage en compte les dimensions relationnelles et sociales pour soigner la maladie mentale, certains professionnels ont eu parfois le sentiment jusqu'à la fin 2012 de prodiguer des soins orientés vers une partie

seulement de ce qu'implique le rétablissement. Il existe bien sûr des contre exemples : une personne a été soutenue dans ses études par une assistante sociale qui l'a accompagnée dans la préparation de son concours d'entrée aux beaux Arts ; d'autres ont été accompagnées dans une recherche d'emploi et dans leurs premiers pas dans leur nouvelle activité professionnelle.

Au début de l'année 2011, il a été créé un « pôle chez soi », constitué de professionnels dédiés à l'accompagnement au logement en appartements et au Marabout : un psychiatre (0,5 ETP, AP-HM), une infirmière (0,5 ETP, AP-HM), un médiateur (1 ETP, HAS), une éducatrice spécialisée (HAS) (2 x 0,5 ETP), un maître de maison (HAS, pour le Marabout). En septembre 2012, l'équipe a décidé de se spécialiser un peu plus en affectant plus de temps aux personnes logées en appartement. Un interne en psychiatrie et un second médiateur ont été affecté au « pôle un chez soi » (un médiateur pour les appartements, tandis que l'autre médiateur était affecté exclusivement au Marabout), un ETP complet d'infirmière. Ce renforcement du pôle « chez soi » permet de mieux accompagner les personnes dans leur rétablissement.

Dans un souci d'autonomisation et de glissement vers le « droit commun », l'équipe doit amener les personnes à choisir un médecin traitant libéral (le médecin généraliste de l'équipe n'intervient pas) et un psychiatre (libéral ou en CMP). Elles ont majoritairement opté pour un suivi psychiatrique et pour un suivi social à l'extérieur de l'EMPP. Cependant, les personnes peuvent continuer à se rendre aux consultations assurées par l'équipe pour leur suivi psychiatrique, tant qu'elles le souhaitent. De même, plusieurs des personnes logées continuent à avoir un suivi social auprès des assistantes sociales de l'équipe qui vont parfois les voir à domicile, mais le plus souvent l'accompagnement social se fait dans les locaux de l'équipe, jusqu'à ce que la personne soit totalement autonome pour gérer ses prestations sociales et ses factures, ou que le relai soit effectif avec le CMP.

Des infirmières libérales participent aussi pleinement au dispositif. Outre la distribution des médicaments journaliers ou hebdomadaires pour une partie des personnes logées, elles effectuent toutes les activités cliniques d'évaluation décrites ci-dessous, et ce de manière quotidienne ou hebdomadaire. Leur activité de « veille » est donc particulièrement précieuse pour l'équipe ; elles sont en contact permanent avec MARSS et il n'est pas rare qu'elles participent au staff.

C - Les pratiques dans les appartements

➤ Staff

Au début du dispositif (en 2010) les situations des personnes logées en appartement étaient discutées en fin de réunion « file active ». Mais devant l'augmentation de la file active et du nombre de personnes logées, il a été décidé le 3 janvier 2011 de scinder cette réunion en deux : une réunion File active (rue et Marabout) et une réunion « chez soi » (appartements). Cette dernière s'est toujours tenue le mercredi matin de 9h à 10h30, alternativement dans les locaux de l'équipe et dans ceux de HAS.

En septembre 2012, lors d'une restitution à l'équipe de nos analyses concernant le modèle de soins et la difficulté à dispenser des soins axés sur le rétablissement, l'équipe a décidé de modifier ses pratiques. L'effectif du personnel du pôle « chez soi » a été augmenté (voir supra), et l'équipe a décidé d'appliquer davantage la « philosophie du rétablissement ».

En pratique, depuis le mois de septembre 2012 cela se manifeste dans les staffs par une meilleure coordination des tâches entre les intervenants. Les intervenants passent moins de

temps à discuter de l'état psychique de la personnes et davantage à ce qui peut être fait avec elle pour qu'elle s'approprie son logement et qu'elle élabore un projet de vie. Deux staffs « chez soi » ont lieu chaque semaine : un long (1h30) le lundi matin, et un plus court (45 mn) le mercredi matin. Le planning des VAD ou des VAE (visites à l'extérieur pour les personnes qui préfèrent rencontrer les professionnels hors de leur domicile) est fait le lundi matin, et ajusté le mercredi. Les « tâches » à effectuer et le planning des VAD sont inscrits sur un tableau accroché au mur.

Ce tableau est longtemps resté en friche, il n'était pas mis à jour, ne contenait pas toutes les informations. La raison en était simple : ce tableau relatait une activité hors les murs, tenue par des professionnels dont l'activité se déroulait « ailleurs » (dans les appartements, mais les staffs aussi se déroulaient le plus souvent hors des murs de l'EMPP). Sa mise à jour impliquait donc un travail supplémentaire dont l'objectif n'est pas toujours perçu. Il a donc plusieurs fois été évoqué l'idée de supprimer ce tableau pour le remplacer par un autre plus en lien avec l'activité des professionnels présents dans les locaux. Cependant, la présence de ce tableau dans les locaux de l'équipe permet d'illustrer la continuité entre les 3 secteurs d'activités de l'équipe : la rue, le Marabout, les appartements. Il permet aussi d'avoir une vue d'ensemble de ces activités. Il a donc en lui-même un effet unificateur entre les trois pôles. Mais son maintien dans les locaux n'a été maintenu que par la volonté du psychiatre coordinateur, qui voulait par cet acte revendiquer l'unité de l'équipe, face à la dispersion des activités. C'est donc un objet qui est autant symbolique que fonctionnel.

➤ *Les VAD*

Il est théoriquement prévu que chaque personne logée soit vue au moins une fois par semaine lors de l'entrée dans l'appartement, puis en fonction des besoins. En pratique, cette périodicité n'est que rarement réalisée car les déplacements sont extrêmement chronophages et dépendants de contingences matérielles. Le savoir faire du professionnel pour se déplacer dans la ville, pour organiser ses déplacements afin de réduire le temps de transport, doit aussi être pris en compte, et certains y arrivent mieux que d'autres.

L'objectif des VAD est d'accompagner les personnes au rétablissement, c'est-à-dire que cet accompagnement doit viser à ce que la personne retrouve une place pleine et entière dans la société (accès au travail, aux loisirs, à la culture, à la citoyenneté). En pratique, cet accompagnement se réduit à une partie du rétablissement qui est la mise à l'abri, l'appropriation du logement et l'autonomisation de la personne, aux dépens de la réinsertion par le travail, de la reconstruction des liens familiaux, d'activités d'ordre culturel. Ainsi, le constat est quasiment unanime (sauf pour deux personnes) : si elles sont à l'abri, et si leurs symptômes ont diminué ou sont mieux supportés, les personnes s'ennuient profondément. C'est pourquoi nous avons qualifié de « rétablissement incomplet » le modèle de soins de l'équipe MARSS qui était pratiqué jusqu'en décembre 2012 (des changements notables sont apparus depuis).

La principale activité effectuée lors des VAD est une activité clinique d'évaluation multidimensionnelle :

- apprécier par un entretien l'état psychique de la personne (amélioration/aggravation des symptômes)
- évaluer comment l'appartement est habité par la personne : vit-elle dans l'appartement ? se prépare-t-elle des repas ? trouve-t-on des réserves de nourriture dans les placards ? dort-elle dans son lit ou hors du lit ? parvient-elle à maintenir la propreté dans son appartement ? est-ce que la personne veille à son hygiène personnelle ?

- évaluer le réseau social de la personne : reçoit-elle des gens ? l'appartement est-il squatté ? a-t-elle un compagnon/compagne ? sort-elle de chez-elle ou vit-elle recluse ?
- évaluer la consommation de toxiques

Cependant, les professionnels effectuent de multiples activités dont la plupart sont sans rapport avec les missions premières des professionnels de santé et leur formation.

Liste non exhaustive des activités accomplies par l'équipe « un chez-soi » [NT]

- accompagnement dans un service de soin (y compris soins dentaires) ou de consultation, accompagnement chez l'opticien ou pour l'achat de vêtements.
- activités liées à l'emménagement dans l'appartement : visites d'appartements avec la personne, état des lieux, déménagement de ses affaires personnelles, achat de meubles et électroménager, ouverture du compteur EDF, installation d'antenne de télévision, installation d'une horloge, télé, frigo, ventilateur, chauffage,
- entretien de l'appartement : aide au ménage ; désinsectisation ; débouchage de l'évier ; réparation du chauffage, du lave linge
- activités liées à la nutrition : aider la personne à acheter les aliments ; lui apprendre à confectionner des repas
- activités administratives et de maintien des droits sociaux : renouvellement AAH, CMU, CAF ; paiement des factures en lien avec l'appartement, et négociation pour que la personne effectue ces démarches par elle-même dans un objectif d'autonomisation ; aide à la gestion du budget.
- activité de médiation avec le voisinage
- s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de soins (renouvellement des ordonnances)

Ces activités peuvent être accomplies par n'importe quel professionnel du pôle « un chez soi », mais elles le sont majoritairement par l'infirmière et le médiateur. Cette multiplication des activités occasionne un sentiment de dispersion, de perte de temps, car ce sont des activités invisibles et peu valorisées socialement, contrairement aux activités soignantes. Cependant, les professionnels n'ont pas le sentiment d'accomplir une activité inutile, même si elle est déclassée socialement. Ils insistent sur l'impact de ces activités sur la relation et sur le rétablissement de la personne, car, outre le bien-être qu'elles apportent, ces activités sont aussi l'occasion d'offrir à la personne un espace de parole. En revanche, la dispersion qu'elles créent entretient un sentiment d'urgence et celui de ne pas avoir le temps de se poser avec la personne pour réfléchir sur le projet de la personne.

➤ *L'évolution du dispositif*

Depuis la fin de l'année 2012, et la séparation nette du pôle rue et du pôle chez soi, les pratiques professionnelles ont évolué avec une plus grande attention des professionnels au projet de la personne (faire émerger son projet et soutenir sa réalisation), à la restauration des liens familiaux, à la restauration de l'estime de soi par la mise en valeur des compétences des personnes, à la psycho-éducation.

II - 3 - Travail en intra-hospitalier

L'EMPP est rattaché à l'unité du professeur Naudin de l'hôpital Sainte Marguerite. A ce titre, elle a le statut d'Unité fonctionnelle (UF 4816) et dispose de cinq lits intersectoriels dans le service Véga.

Trois activités principales doivent être signalées ici comme travail mené « en intra », c'est-à-dire à l'hôpital même.

II - 3 - 1 - Les médiateurs

Depuis 2010 les médiateurs de santé de l'équipe mobile mènent des activités spécifiques à Sainte Marguerite.

La principale d'entre elles consiste en l'organisation de « réunions communautaires ». Il s'agit de moments d'échange et de discussion mis en place et animés par les médiateurs, auxquelles les patients hospitalisés sont libres de participer ou non. En l'absence de soignant du service, ces rencontres entre patients et médiateurs permettent d'échanger librement sur le vécu de l'hospitalisation, la réception des soins, les relations avec les soignants, les conditions de vie à l'hôpital, etc... Autant de thèmes de discussion qui ne sont pas abordés avec les soignants et dont dépend pourtant une part importante de l'adhésion aux soins hospitaliers.

Depuis janvier 2013, les deux médiateurs de l'équipe intervenant régulièrement à l'hôpital ont mis en place un autre type de réunion à destination des patients, auxquelles les soignants du service peuvent assister en tant que spectateur. Il s'agit d'un cycle de réunions d'information thématiques qui portent sur la maladie, les symptômes, les traitements et la vie à l'hôpital (cf. programme en annexe).

Les réunions animées par les médiateurs sont donc aujourd'hui au nombre de deux par semaines : le mardi matin pour les réunions d'information thématiques, le jeudi après-midi pour les réunions « auto-support : échange d'expérience ».

Parallèlement à ces réunions, les médiateurs profitent de leur présence dans les services pour rencontrer et échanger avec les patients, relayer des demandes, prodiguer des conseils, reprendre des informations sur les traitements et d'une manière plus générale faire de l'accompagnement tout au long de l'hospitalisation.

II - 3 - 2 - L'accompagnement des personnes hospitalisées

Comme nous l'avons vu, de nombreuses personnes suivies par l'équipe sont hospitalisées à un moment ou à un autre, que ce soit de façon volontaire ou contrainte. D'une manière générale, les professionnels de l'équipe tentent de mettre à profit ces moments d'hospitalisation pour établir une relation ou renforcer le lien déjà établi avec les personnes, ou à minima faire en sorte que ces moments ne soient pas des ruptures dans les suivis déjà engagés.

A - Véga

➤ Participation aux staffs

L'équipe est institutionnellement rattachée au service Véga de l'hôpital Sainte Marguerite où elle dispose de cinq lits intersectoriels. De fait, il y a en permanence dans ce service des

personnes de la file active de l'équipe mobile. Plusieurs membres de l'équipe participent alors au staff hebdomadaire du service le jeudi matin.

Cette participation présente un double intérêt, pour les professionnels de MARSS et pour le personnel de Véga. En effet, la présence à ces staffs permet aux uns de savoir comment évolue la personne qu'ils ont hospitalisée, quel est son comportement en dehors de la rue, son adaptation au milieu hospitalier, sa réaction au traitement, etc... Pour le personnel de l'hôpital, la présence des professionnels de MARSS permet de recueillir des éléments d'information sur les conditions de vie de la personne, sa biographie, son entourage, autant d'éléments qui sont généralement réunis auprès des proches des personnes hospitalisées.

Ces moments de rencontre permettent aussi d'envisager les solutions possibles pour la sortie d'hospitalisation : cette personne peut-elle accéder à un logement stable, à une structure transitoire type lit halte soin santé ou à un dispositif de stabilisation ? Peut-elle entrer dans un des dispositifs portés par MARSS (Marabout ou appartement individuel).

L'élaboration conjointe sur les conditions de sortie de l'hôpital est une source de négociations régulières entre les deux équipes. En effet MARSS et Véga ont chacun leurs contraintes de fonctionnement et les personnes hospitalisées depuis la rue présentent souvent des tableaux cliniques et sociaux complexes.

Si les équipes hospitalières sont coutumières des situations cliniques complexes, les conditions de vie des personnes de la file active rendent impossibles à mettre en œuvre bon nombre de solutions auxquelles l'hôpital a généralement recours (difficulté à mettre en place un suivi en ambulatoire, impossibilité de placer un patient en centre de post-cure sans pouvoir certifier qu'il bénéficiera d'un logement à la sortie du centre...).

Pour maintenir une continuité dans le suivi des dossiers et compte tenu de la gravité des situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes de la file active, il a été convenu que le suivi social de ces personnes soit assuré par les assistantes sociales de l'équipe mobile et non par celles de l'hôpital comme c'est le cas pour les autres patients.

Par ailleurs l'addiction à un ou plusieurs produits s'ajoute fréquemment aux troubles psychiques, les habitudes provenant du mode de vie dans la rue n'étant que rarement compatibles avec le règlement intérieur de l'hôpital (principalement : ne pas fumer à l'intérieur, ne pas consommer de produit psycho-actif autre que ceux prescrits par les soignants). Du fait de la transgression de ces règles, les patients de la file active de MARSS risquent régulièrement l'exclusion du service. Généralement, l'équipe MARSS est avertie du désordre causé un patient qu'elle a amené dans le service et du risque d'exclusion qu'il encourt, soit pour la prévenir de la sortie imminente de la personne, soit pour lui demander d'intervenir auprès de la personne pour essayer de remédier à la situation. Mais ce n'est pas toujours le cas et il arrive que des patients soient exclus du service sans que l'information ne soit transmise ou qu'elle le soit après l'exclusion, ce qui génère de fortes tensions entre les deux équipes, s'accusant réciproquement d'inconscience ou d'incompétence. Fort heureusement ces situations sont loin d'être la majorité et si les sorties d'hôpital sont presque toujours difficiles à gérer, les séjours hospitaliers tendent à se dérouler dans de bonnes conditions.

➤ *Visites régulières*

Un des éléments qui participe au bon déroulement des séjours hospitalier réside dans les visites régulières que rend l'équipe aux personnes de la file active.

Comme évoqué précédemment, ces visites ont une visée générale de construction ou de renforcement du lien entre la personne et l'équipe MARSS. Mais elles recouvrent aussi des objectifs éminemment pratiques.

Sans revenir sur le suivi de l'évolution de la situation psychique de la personne, suivant les moments où elles sont menées par rapport à l'hospitalisation, elles servent à :

- Rassurer la personne sur l'hôpital, l'hospitalisation et les traitements qui lui sont proposés par un personnel en blouse blanche qu'elle ne connaît pas. Ce principe est d'autant plus important qu'il s'agit de personnes étrangères qui ne parlent pas français, qui ont déjà eu des hospitalisations dont elles gardent un mauvais souvenir, et qui ont accepté celle-ci sur la base de la relation de confiance établie avec l'équipe de rue.
- Procurer à la personne un minimum de biens matériels permettant de mieux supporter le séjour à l'hôpital comme pourrait le faire un membre de la famille ou de l'entourage proche : des journaux, une radio, des vêtements de rechange ou du tabac. La consommation de tabac étant une question particulièrement épineuse du fait de la forte consommation qu'en font la plupart des personnes de la file active et de la faiblesse des moyens économiques dont ils disposent pour s'en procurer par leurs propres moyens. Les techniques habituelles employées dans la rue pour fumer (faire la manche pour s'en acheter, la quête directe auprès des passant ou « faire les mégots ») étant impossible à mettre en œuvre ou très mal perçues en contexte hospitalier.
- Informer la personne sur l'avancée de sa situation sociale.
- Discuter avec elle de ses éventuels projets à la sortie de l'hôpital et l'aider à envisager le champ des possibles.
- Ou tout simplement lui rendre une visite de courtoisie comme en reçoivent la plupart des patients de la part de leur famille ou de leurs proches.

Ces visites régulières tout au long de l'hospitalisation participent alors de la réussite d'un projet de soin dans le sens où elles interviennent directement sur la « trajectoire »³⁴ (Strauss, 1992) de la maladie en aidant le maintien de la personne à l'hôpital, son acceptation par les soignants, son adhésion au traitement et les conditions de la sortie d'hospitalisation.

B - Autres structures

Mais le travail « en intra » ne se limite pas au seul service de Véga. En effet, que ce soit en raison des règles de sectorisation des personnes sans-abri, de la disponibilité des lits ou par « choix » de la personne ou de l'équipe, des personnes de la file active sont hospitalisées dans tous les hôpitaux psychiatriques et centre de soins de suite de Marseille, et parfois en dehors en fonction des besoins. Plusieurs personnes de la file active nécessitent aussi des hospitalisations dans les services médicaux ou chirurgicaux.

Dans la mesure du possible, les professionnels de l'équipe tentent de rendre visite régulièrement à toutes les personnes de la file active hospitalisées, où que ce soit et avec les mêmes objectifs que ceux décrit précédemment.

Cependant, du fait de la présence hebdomadaire de professionnels au staff du service, les visites aux personnes hospitalisées à Sainte Marguerite sont régulières. Pour les personnes hospitalisées dans d'autres services, la régularité des visites dépend fortement de la disponibilité des professionnels ou de la possibilité de les faire coïncider avec d'autres

³⁴ Telle que Strauss la définit, cette notion implique à la fois l'évolution de la maladie, celle du comportement du malade, de sa relation aux soignants et du comportement des soignants.

activités. De fait, les personnes hospitalisées à la Conception sont vues plus régulièrement parce qu'il est possible de faire coïncider ces visites avec le parcours d'une maraude.

Mais les visites sont plus difficiles à tenir lorsque les personnes sont hospitalisées au Centre Hospitalier de Valvert, à Edouard Toulouse, ou dans un centre de post-cure situés dans les quartiers périphériques de Marseille. La circulation automobile dans le centre ville, conjuguée aux difficultés de parking, fait qu'une simple visite dans l'un de ces deux hôpitaux mobilise bien souvent un ou deux professionnels pendant une demi-journée. Elles sont alors moins fréquentes, plus irrégulières, plus sélectives pour ne rendre visite qu'aux personnes pour lesquelles l'équipe sent que cela peut véritablement avoir une influence directe et immédiate sur le déroulement du séjour hospitalier. Sont alors considérés comme étant prioritaires les personnes « qui ne tiendront pas » sans cet accompagnement à l'hospitalisation et qui risquent de fuguer de l'hôpital.

II - 3 - 3 - Travail sur les représentations sociales

Lorsqu'ils se rendent dans les différents services où des personnes de la file active sont hospitalisées, dans les services de psychiatrie ou dans les services somatiques, les professionnels de MARSS n'orientent pas leur action uniquement en direction des personnes à qui ils rendent visite mais aussi vers le personnel soignant de ces services.

Ce travail a à la fois un objectif ponctuel, clairement orienté et limité à la situation de la personne visitée (partager les informations médicales et sociales), et un objectif plus large de sensibilisation sur la maladie mentale et/ou les conditions de vie dans la rue.

Cette modalité du travail recoupe alors un des points de la circulaire ministérielle relative à la mise en place d'équipe mobile spécialisée en psychiatrie³⁵.

Visite à Tadeusz [NT]

Un homme, polonais ne parlant pas français, est signalé à l'équipe par des riverains des quartiers sud de la ville. Une tournée de rue (véhiculée) est organisée pour le rencontrer. Tadeusz ne marche plus debout, il vit replié sur lui-même (mycose derrière les jambes, fesses violacées, etc...), boit beaucoup et fait état de douleur au ventre. Il vit dans un groupe « ultra violent » qui semble l'exploiter.

Tadeusz accepte de suivre les professionnels qui le ramènent au Marabout où ils le lavent. Pendant que les résidents du lieu lui donnent à manger et à boire le médecin généraliste de l'équipe appelle l'hôpital.

Tadeusz est hospitalisé un vendredi après-midi dans un service de chirurgie.

Inf – et ils l'ont pris ?

MG – Ben, on l'avait fait propre avant ! Sinon, ils en auraient pas voulu.

Le mercredi suivant, MG et une infirmière de l'équipe lui rendent visite à l'hôpital.

Le premier contact avec l'équipe du service a lieu dans le bureau des infirmières en présence de l'interne du service. Pour eux, il n'y a plus rien à faire, Tadeusz n'a rien de « grave » (pancréatite chronique et pyélonéphrite), la première affection étant due à sa

³⁵ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 « Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en oeuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en oeuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. »

consommation d'alcool. Il doit être soigné par un traitement médicamenteux. Il n'a donc rien à faire en chirurgie et est donc « sortant ».

Le médecin de MARSS s'insurge : « Mais sortant vers où ? Ce monsieur vit dans la rue et toutes ses maladies sont liées aux conditions de vie dans la rue. »

Alors que le staff du service se demande que faire, MG présente l'existence des lits haltes soins santé. Mais le personnel hospitalier ne connaît pas le fonctionnement des LHSS, ni les démarches à accomplir pour l'y adresser. MG explique alors rapidement. La secrétaire du service appelle l'assistante sociale pour qu'elle s'en charge.

Secrétaire : « tant mieux qu'il y ait ça. Parce que moi ça m'embête un peu de les remettre à la rue comme ça les gens ».

MG – ben j'espère que ça vous embête beaucoup, parce qu'on ne fait pas ça. Les soins qu'on fait, c'est pas pour faire ça. »

Cette tirade est suivie d'un briefing auprès du staff sur les conditions de vie dans la rue et leurs conséquences sur la santé des personnes.

(...)

On va voir Tadeusz dans sa chambre. Il semble plutôt en forme, mais MG et l'infirmière se posent la question de ce qu'il sait de sa situation. MG va se renseigner au bureau infirmier

MG – « ils l'ont pas informé... enfin... ils l'ont fait, mais en français. »

Il appelle alors le service de traduction et après une première tentative infructueuse en italien, il parvient à avoir un traducteur polonais. Par traducteur interposé, Tadeusz déclare être content, bien manger et bien dormir mais s'inquiète de savoir qui va payer pour tout ça. Il est aussi inquiet quant au transfert de service à venir et à d'éventuels autres examens douloureux qu'il aura à subir. Il explique qu'il ne veut pas joindre sa famille depuis l'hôpital pour ne pas les inquiéter alors qu'il n'a pas donné de nouvelles depuis longtemps. Enfin il insiste auprès de l'équipe de rue pour que ses « copains de rue » ne soient pas prévenus ni de où il se trouve ni de ce qu'il devient « *parce que se sont des débiles* ».

Suite à cette visite, un nouveau passage par le bureau infirmier vise à planifier le transfert vers les LHSS. Le staff du service s'interroge sur comment Tadeusz pourra se rendre au LHSS : puisqu'il qu'il n'a ni sécu, ni mutuelle, aucune ambulance n'acceptera de le prendre.

MG précise que l'équipe a fait les démarches pour l'obtention de l'AME et que les ambulanciers seront donc remboursés, mais cela ne semble pas suffire. Il propose alors que l'EMPP se charge du transfert à condition d'être prévenu suffisamment à l'avance.

En quittant l'hôpital, MG m'explique : « j'ai insisté pour planifier le transfert parce que sinon ils leur donne l'adresse et ils leur disent d'aller là-bas. Mais les mecs n'y vont pas. Ils s'arrêtent au bar et ils n'arrivent jamais jusqu'aux LHSS ».

Dans cet extrait la sensibilisation opérée par l'équipe porte avant tout sur les conditions de vie à la rue, les contraintes spécifiques que cela entraîne en matière de soins et les dispositifs existant pour y remédier. Dans d'autres situations un même travail pourra être fait dans des services habitués à la grande précarité mais inquiets face aux troubles psychiques présentés par une personne.

II - 4 - Consultations

Des consultations médicales (psychiatrique, somatique et en addictologie) et sociales sont proposées aux personnes de la file active et aux autres personnes à la condition qu'elles soient sans abri. L'objectif de ces consultations est de favoriser l'accès aux soins des personnes vivant dans la rue, et la continuité de ces soins.

Les consultations médicales - instaurées depuis 2009 - ont lieu le mardi après-midi. Une permanence sociale a été instaurée en janvier 2010 ; elle a lieu le jeudi après-midi (de janvier à juin, elle a été assurée par une seule assistante sociale, puis par les deux). En dehors de ces permanences, il arrive que les médecins ou les assistantes sociales donnent des rendez-vous à des personnes. De plus, un psychiatre assure depuis janvier 2012 des consultations à l'accueil de nuit St Jean de Dieu ; un autre a tenté d'instaurer des consultations à l'UHU Madrague-Ville de décembre 2011 à mars 2012, mais cette initiative a été abandonnée car elle n'était pas bien reçue par le personnel de l'UHU. Vingt-cinq consultations médicales en moyenne et une vingtaine de consultations sociales sont assurées chaque semaine.

L'accueil était assuré par le secrétaire de l'EMPP et, durant plusieurs mois, bénévolement par un usager de l'EMPP pour lequel l'équipe envisageait une embauche comme médiateur. Cet accueil a été systématisé par le coordinateur de l'équipe à son arrivée : le secrétaire et un médiateur sont systématiquement présents lors des consultations ou lors de la permanence sociale. Pour les langues qui ne sont pas parlées par le personnel, l'équipe recourt à un interprétariat téléphonique.

II - 4 - 1 - Le lieu

Jusqu'en décembre 2012, les consultations avaient lieu dans le local de l'équipe rue Bel Air, qui était un vieil appartement traversant d'un immeuble bourgeois mais vétuste. Malgré des demandes réitérées auprès de l'administration de l'AP-HM, aucun aménagement n'a été effectué pour adapter l'espace à un usage professionnel, ni au niveau de la disposition des pièces, ni au niveau du mobilier. Hormis une salle de soin, l'ensemble des bureaux de consultation et la salle d'attente étaient des espaces banalisés dans lesquels étaient absentes les marques habituelles des lieux dédiés aux soins.

- La salle d'attente : le hall d'entrée et la salle multi-usage (grand salon faisant office de salle de réunion, de salle de repos, de bureau du coordinateur et de salle d'attente) remplissaient cette fonction.

Les personnes se présentant à la consultation arrivaient toutes à la même heure, soit une demi-heure à une heure avant le début des consultations. Cela s'explique par l'horaire inapproprié des consultations pour les personnes vivant dans la rue. Celles-ci doivent se présenter avant 15 heures (et parfois même plus tôt) à la porte des accueils de nuit si elles veulent y avoir une place. Ainsi, entre 20 et 30 personnes sont entassées pendant deux à trois heures sur des chaises dans le hall et dans la salle multi-usage, ce qui généraient des tensions entre les personnes, surtout lorsque certaines sont agitées ou très délirantes. Un espace fumeur (essentiel pour celles, nombreuses, qui ont une addiction forte au tabac) a été aménagé dans la cour. Mais l'accès à la cour se faisait par un bureau souvent occupé. C'est donc à la fenêtre de la salle d'attente que les patients fumaient une cigarette, ce qui en hiver diminuait la température de la pièce, et qui, en toute saison, élevait le niveau sonore de la salle multi-usage.

La salle d'attente étant aussi le bureau du coordinateur, un ordinateur était présent qui, s'il n'était pas en accès libre, était souvent utilisé par les patients pour faire des recherches personnelles, imprimer des documents, ou écouter de la musique. Des journaux et revues étaient à la disposition des patients, mais en raison de la forte proportion de personnes parlant peu ou mal le français, ces journaux sont peu consultés.

Le fait que cet espace soit banalisé, que la salle multi-usage soit meublée de canapés bas et de chaises, et que les usagers partagent cet espace avec les professionnels qui viennent y prendre un café, participe à l'instauration de relations soignants-soignés particulières sur lesquelles nous reviendrons.

Du café, de l'eau et des biscuits sont offerts aux patients en quantité illimitée. C'est un élément très important qui donne une coloration particulière au lieu qui ne se veut pas seulement un espace de consultation, mais *d'accueil* des personnes. D'ailleurs, pendant plusieurs mois, il a été mis en place un vestiaire pour les personnes et des distributions de produits d'hygiène. Cette initiative a été abandonnée en juillet 2011 pour des raisons de sécurité, d'hygiène (le vestiaire était dans la salle de soins) et de cohérence du projet.

L'accueil les jours des consultations, mais aussi de manière informelle les autres jours de la semaine, l'agencement du lieu, la convivialité, faisaient du local un point de repère dans la ville et un lieu d'accès aux soins psychiatriques bienveillant pour les personnes de la rue. Ceci est particulièrement important pour des personnes qui sont pour la plupart méfiantes envers la psychiatrie, en raison d'expériences douloureuses antérieures. De plus, ce marquage symbolique de l'espace permet de travailler le lien avec la personne pour atteindre l'objectif que l'équipe s'est fixée d'amener la personne aux soins.

- les bureaux de consultation : lors des consultations médicales, deux psychiatres, un médecin généraliste addictologue et un interne en psychiatrie consultent, et souvent un médiateur reçoit un patient en entretien. Il y a donc une utilisation intensive des bureaux pendant trois heures et tous les bureaux de l'équipe (y compris celui du secrétaire) étaient mobilisés (soit trois bureaux et une salle de soin).

Les salles de consultation étaient très différentes dans leur agencement. L'une était une grande pièce disposant d'un imposant meuble de bureau sur lequel était disposé un ordinateur et des ordonnanciers. L'usage de ce bureau variait selon les médecins. Le MG, un psychiatre, les internes s'asseyaient derrière le meuble (face au patient). Un des psychiatres s'asseyait à côté du patient. Les autres salles de consultations ne laissaient pas d'interprétation possible. Leur exigüité faisait que pour l'un (occupé habituellement par le secrétariat) médecin et patient étaient assis face à face, avec une table étroite entre eux. L'autre (le bureau des médiateurs) obligeait médecin et patient à s'asseoir côte à côte.

- la salle de soin : elle comprenait un lit d'examen et une paillasse, permettant un examen clinique somatique ou des soins (pansements). Elle était située dans une pièce aveugle servant aussi de stockage pour le matériel de bureau et d'entretien.

- Gestion de la pharmacie

Une pharmacie alimentée par l'hôpital est gérée par l'EMPP. Son usage est théoriquement limité à dépanner des personnes qui ne peuvent acheter temporairement leur traitement psychotrope (pour des problèmes d'accès aux droits) afin d'éviter des ruptures de traitement. Quelques molécules à usage somatique sont également disponibles (traitement antalgiques, de pédiculose, de gale, et quelques antibiotiques). Ces médicaments sont stockés dans une armoire *ad-hoc*, fermée à clef.

II - 4 - 2 - Usage et mésusage des consultations

Viennent à ces consultations des personnes suivies par l'équipe depuis plusieurs semaines, mois, voire années. Mais viennent également pour la première fois des personnes rencontrées dans la rue lors de maraude, ou envoyées par des partenaires (accueil de jour, samusocial, MDM).

Si les consultations sont théoriquement réservées aux personnes de la file active, ou à celles qui remplissent les critères pour y être incluses, des consultations sont aussi délivrées à des personnes qui ne sont pas dans la file active. Celles-ci appartiennent à plusieurs catégories :

- des personnes qui sont sorties de la FA parce qu'elles sont logées et ont réintégré le droit commun. Cependant, certaines sont restées attachées à leur psychiatre et ne veulent pas être suivies ailleurs.
- des personnes adressées par le CASO/MDM et qui ne sont pas forcément sans abri.
- des personnes anciennement suivies par l'EMPP et ayant intégré le bras logement du programme « Un chez soi d'abord ». Le suivi psychiatrique et somatique doit alors être effectué par l'équipe médicale du programme, mais des confusions persistent au niveau des personnes et celles-ci continuent à venir au local.

Notons que toutes les personnes qui se présentent sont vues par un médecin, même si elles sont ensuite réorientées. On note aussi que les personnes qui sont logées en appartement et qui doivent théoriquement être suivies par un psychiatre référent en CMP, à l'hôpital ou en libéral, continuent à venir dans le local le jour des consultations. Elles ont alors un usage particulier de ce lieu. Elles y cherchent la convivialité, l'échange avec d'autres personnes de la rue, ou avec les professionnels présents. D'autres encore viennent volontiers lorsqu'elles sont en crise, ayant bien identifié le lieu comme un lieu ressource.

II - 5 - Des modalités relationnelles soignants-soignés singulières

On pourrait définir la relation S/S dans cette équipe par des substantifs comme empathie, respect, bienveillance, cordialité, considération, compassion. Mais ils ne sont pas spécifiques, puisqu'on les retrouve dans les relations soignant/soigné en général. Nous avons donc axé notre analyse sur ce qui est particulier aux relations soignants-soignés dans cette équipe et qui s'apparente à des pratiques de *care*.

II - 5 - 1 - Nomination et inclusion sociale

Les professionnels sont particulièrement attentifs à la manière dont ils nomment entre eux les personnes rencontrées dans la rue. Ces dernières sont désignées individuellement par un titre (Monsieur, Madame) suivi de leur nom ou leur prénom, ou par un nom fictif lorsque leur identité réelle n'est pas connue. Au niveau collectif, l'équipe les appelle « *personnes de la rue* », nomination qui rappelle la « cible » de l'activité de l'équipe. L'expression « *personne de la file active* » ou le terme administratif de « *bénéficiaire* » attestent d'un certain statut, celui d'être pris en charge. Rarement utilisé par les professionnels, le terme de « *patient* » est employé quand la personne est hospitalisée ou reçue en consultation. Ces trois derniers mots ou expression suggèrent que la personne a acquis un statut "ordinaire" de malade recevant des soins ce qui témoigne d'une nouvelle affiliation sociale. En revanche, le mot « usager », s'il est couramment utilisé par deux des MSP pour désigner « les patients des psychiatres », l'expression consacrée étant « *les usagers de la psychiatrie* », n'est pas utilisé pour désigner les personnes suivies par l'équipe, signifiant ainsi leur éloignement du système de soins. Les termes de « consommateur » ou de « client » ne font pas plus partie du langage des professionnels de l'équipe que de celui des professionnels de santé français en général, en raison de la connotation d'échange marchand qu'ils revêtent dans la société française³⁶, contrairement aux sociétés anglo-saxonnes où le mot « client » introduit la notion de pouvoir d'une personne recevant des soins d'exprimer ses choix (Mol, Moser, Pols, 2010 : 9). Dans un service psychiatrique américain similaire à l'EMPP observée, Lovell et Cohn (1998 : 12) notent le même effort de nomination des personnes comme « membre » pour mettre en avant leurs droits à participer à la décision³⁷. Au-delà des différences culturellement situées, cette attention portée à la nomination s'inscrit dans une logique d'assignation d'une identité sociale qui, dans le contexte de personnes socialement disqualifiées (Paugam, 2009), et une forme du souci de l'autre.

II - 5 - 2 - Proximité et familiarité

Le vouvoiement est une règle lors des premiers contacts, de même que la poignée de main. Comme l'ont souligné Cefaï et Gardella (2011), cette poignée de main témoigne à la personne d'intentions pacifiques, d'égalité et d'une complicité qui va lui permettre de s'engager dans une relation interpersonnelle de confiance. Mais lorsque l'équipe connaît une personne depuis longtemps, le tutoiement et les salutations plus intimes (bises) s'instaurent traduisant une

³⁶ De plus, il existe une interdiction législative de considérer l'exercice médical comme une activité commerciale. Cependant, le mot « client » est parfois utilisé par les professionnels dans le sens de personne appartenant à la catégorie de population cible (la clientèle de l'équipe) : « *Ce n'est pas un client pour nous* » disent fréquemment les professionnels lors des tournées de rue, lorsqu'ils rencontrent des personnes qui ne correspondent pas aux critères de la population cible

³⁷ « *they referred clients as « members » to emphasize their participatory rights* » (Lovell et Cohn, 1998 : 12)

proximité. On note que ce régime de familiarité apparaît classiquement plus rapidement avec les professionnels les plus jeunes et les moins élevés dans la hiérarchie symbolique des métiers. Le tutoiement s'instaure d'emblée avec certaines personnes dont les codes culturels ou sociaux font du tutoiement une marque de respect. La proximité s'exprime aussi dans l'usage du langage familier. Ce dernier présente en outre l'avantage d'être riche en métaphores plus expressives³⁸ que le langage médical permettant de parler des symptômes avec les usagers en les banalisant.

La proximité instaurée de fait, ou recherchée, pose alors la question de la « bonne distance » soignant-soigné pour que celle-ci soit thérapeutique tout en protégeant le professionnel d'une intrusion dans sa vie privée :

« Après c'est la question des distances, comment à un moment donné pouvoir être proche avec les usagers et être professionnel ? (...) avec la question de la bise, du tutoiement... enfin ce truc où la proximité elle passe forcément par une proximité physique et de contact. Tu vois ce côté-là de ne pas pouvoir avoir assez de distance physique en fait. (...) De poser des limites : l'idée que on peut poser des limites aux gens mais que ce ne soit pas quelque chose qui les rejette. Leur faire vivre des choses qui sont autres que de la pure séduction ou d'un truc très, très proche, tu vois collé. Et ça c'est délicat quoi. » [E]

On voit dans cet extrait d'entretien que cette question ne se pose pas dans les mêmes termes que dans les autres domaines de la médecine. En effet, ce qui est mis en balance n'est pas seulement la protection du professionnel ou celle du patient, mais le risque d'accroître la stigmatisation ou le rejet dont sont victimes les personnes suivies par l'équipe. Les professionnels sont donc partagés entre d'une part maintenir une distance qui soit thérapeutique, et d'autre part, l'objectif clairement affiché de cette équipe qui est de lutter contre la stigmatisation que connaissent ces personnes dans la société. En effet, les manifestations de respect (poignée de main) ou de proximité (bises) envers des personnes qui habituellement suscitent répulsion et évitement sont des marques d'égalité et une affirmation de leur humanité. Il s'agit de montrer, à la personne elle-même et aux passants, que les SDF ont une dignité, qu'ils ont droit au respect et à de la fraternité.

II - 5 - 2 - Relation sociale moins asymétrique

La proximité physique est une singularité de cette équipe que l'on ne retrouve pas dans les autres domaines de la médecine, sauf peut-être, dans une moindre mesure, en médecine générale. L'extrait suivant est à ce titre emblématique :

« On est proche des patients. On leur fait la bise, on les tutoie, on les touche, on fait des blagues ou on rigole avec eux. On fume des clopes avec eux, on boit des cafés, on mange avec eux [...] C'est je pense vachement différent, parce qu'à l'hôpital il y a vraiment cette idée de faire des activités thérapeutiques : le cadre est thérapeutique ; on va au cinéma avec les patients, c'est un truc thérapeutique pour eux ; ou on prépare un repas avec les patients, c'est thérapeutique [...] Nous, on va partager des choses avec eux. C'est pas sous l'angle de « ça va le soigner que je fasse un truc avec lui ». C'est sous l'angle de « on partage et ça s'inscrit dans un truc plus grand de rétablissement un peu global où les soignants partagent des expériences avec les usagers » [...] on le fait parce que l'important c'est de partager et que ça apporte autant aux soignants qu'à la personne » [E].

Cet extrait d'entretien exprime une volonté de réduire l'asymétrie soignant/soigné qui, si elle est inéluctable dans une relation de type thérapeutique, peut être atténuée par la convivialité (le partage de repas par exemple) et la réciprocité dans la relation sociale entre soignant et soigné (Girard et al. 2006). Nous avons pu observer des manifestations de gratitude (parfois extravagante !) des personnes soignées envers les professionnels. Les remerciements, par la

³⁸ Par exemple : « tu vas exploser en vol », « partir en vrille », « arrêter de planer », « pêter les plombs »

parole, les gestes ou des cadeaux, sont fréquents en médecine de ville ou hospitalière. Ils sont d'autant plus touchants dans ce contexte qu'ils viennent de la part de personnes qui n'ont rien : offrir de préparer le repas de la pause déjeuner des professionnels, inviter un professionnel au restaurant dès qu'une personne reçoit ses premières allocations, offrir des objets artisanaux fabriqués dans des matériaux de récupération, etc. Les professionnels s'inscrivent dans ce jeu de réciprocité. Ainsi, lorsqu'une personne remercie un psychiatre à la fin d'une consultation, ce qui est un fait assez commun, le psychiatre lui rétorque : « *ne me remerciait pas, c'est moi qui vous remercie* » [NT].

La symétrie n'est pas seulement à envisager du point de vue de l'inclusion sociale, mais aussi du point de vue interpersonnel. Dans une relation moins asymétrique, la place du soignant est d'accompagner, de conseiller afin d'amener la personne à une autonomisation dans la gestion de ses symptômes et de son traitement. Dès lors, le soignant « n'ordonne » pas telle ou telle action ou attitude, mais donne des conseils à la personne qui est libre de les suivre. La valeur, en termes d'adhésion au traitement d'une part, et d'estime de soi d'autre part, est éminemment plus élevée lorsque la personne fait le choix de suivre les conseils du professionnel, que lorsqu'elle se soumet aux ordres du professionnel.

Réduire l'asymétrie soignant-soigné, dans ce contexte d'exclusion sociale, répond aussi à une volonté des professionnels de rétablir les personnes dans leur citoyenneté qu'ils définissent comme une « *expérience subjective d'appartenir à la société, d'en faire partie, de ne pas être à part. En gros, c'est de ne pas avoir l'impression d'être un citoyen de seconde catégorie à qui on demande de se taire* » [E].

L'horizontalité dans les relations soignants-soignés n'est pas seulement une valeur revendiquée de l'équipe. Elle est aussi la conséquence de l'aller-vers. Lorsque la demande n'émane pas du « soigné » mais du soignant, c'est ce dernier qui doit se mettre en position « basse » pour pouvoir entrer en relation avec le soigné. Cette inversion par rapport au système de soins classique où le soigné est captif du professionnel ou de l'institution, inverse la polarité du pouvoir dans la relation.

II - 5 - 3 - Transitivité de la relation : des personnes au système

Construire une relation, tout d'abord d'interconnaissance et dans l'espoir de voir naître une relation de confiance, est d'autant plus difficile que les conditions de vie dans la rue créent de la méfiance envers les autres. Cette méfiance est d'autant plus grande que la persécution est un symptôme fréquemment retrouvé dans les troubles psychotiques dont souffrent les personnes suivies par l'équipe. De plus, de nombreuses personnes parmi la population cible ont déjà reçu des soins en psychiatrie dont elles gardent un souvenir douloureux (en particulier l'enfermement). Pour autant, lorsque les efforts déployés par les professionnels aboutissent, il arrive qu'une véritable relation de confiance s'établisse entre personnes de la rue et membres de l'équipe. Un des enjeux de ces relations de confiance est de permettre un dépassement de la relation duale entre un professionnel et une personne. En effet, par transitivité³⁹ (Mangematin, 2003), cette confiance acquise va agir sur deux niveaux.

A un premier niveau, elle va jouer dans les réseaux d'interconnaissance des personnes de la rue. Elle peut alors se révéler extrêmement utile pour repérer, retrouver et parfois même convaincre une personne malade qui hésite, ou est en situation d'errance ou de fuite et de refus des soins. Par le principe du "bouche-à-oreille", ces réseaux d'interconnaissance jouent

³⁹ Signifie qu'il est possible d'accorder sa confiance à un tiers ou à un système parce qu'une personne de confiance lui accorde son crédit.

comme intermédiaire dans la recherche ou l'orientation de nouvelles personnes à l'équipe par d'autres personnes de la rue.

A un second niveau, pour tout professionnel qui rencontre une nouvelle personne, le principe de construction de la relation est d'arriver à « l'accrocher » suffisamment (Marques, 2010) pour qu'elle accorde sa confiance à l'équipe dans son ensemble. C'est d'ailleurs ce que l'on observe dans les discours des personnes de la rue ou dans leurs attitudes : elle sont très vite à l'aise avec n'importe quel membre de l'équipe dès lors qu'elles ont accordé leur confiance à l'un d'entre eux. C'est pourquoi elles investissent facilement le local de l'équipe où elles se sentent en sécurité du fait de cette confiance et dans lequel elles viennent parfois se re-sourcer sans forcément vouloir y rencontrer tel ou tel professionnel.

Les rencontres répétées dans la rue, les lieux de vie, les hôpitaux, etc, ont donc entre autres comme objectif de redonner confiance à la personne en l'existence d'un système de soin qui lui corresponde ; le système n'étant pas en mesure de montrer par lui-même (parfois du fait d'expérience passée douloureuses) son adéquation à la situation de la personne et au vécu de sa maladie. « C'est là une des raisons principales du mal que se donnent les individus présents aux points d'accès pour se montrer dignes de confiance : ils assurent le lien entre confiance-personne et confiance-système » (Giddens, 1994, p.121).

II - 6 - Outils de communication interne

En raison de l'accroissement de son effectif et de l'occupation de locaux géographiquement distants, l'équipe a dû se doter d'outils de communication pour faire circuler l'information entre ses différents membres. Cependant, les différents outils mobilisés par l'équipe relèvent de bricolages et ont été ajoutés au fur et à mesure de l'identification de besoins spécifiques.

Lors de notre arrivée dans l'équipe, celle-ci utilisait les moyens de communication suivant : échange oral direct, échange téléphonique, sms, e-mail, GoogleGroup, CIMAISE⁴⁰, cahiers, tableaux d'affichage, tableaux blanc, comptes-rendus électroniques de staffs (diffusé via le GoogleGroup).

Ces différents outils ou modes de communication présentent chacun des avantages d'utilisation et des contraintes spécifiques. Des procédures ont été établies pour l'usage de chacun de ces outils, principalement pour le partage et l'archivage des informations concernant les personnes de la file active. Cependant, pris dans l'action quotidienne, ces procédures sont rarement respectées et la circulation de l'information, comme son partage et son archivage s'en ressent.

II - 6 - 1 - L'exemple des signalements

Plusieurs procédures ont été mises en place pour gérer les signalements reçus par l'équipe. Sans retracer l'historique de ces procédures, en janvier 2012, différents supports sont utilisés et il est difficile de savoir où trouver les signalements en cours, ceux qui ont été pris en compte, ceux qui sont « résolus », etc. À cette même date, la procédure définie à la réception d'un signalement prévoit de l'envoyer par mail au GoogleGroup, pour qu'il y ait une trace écrite que tous les professionnels ont pu lire.

Par la suite, les signalements reçus au cours de la semaine sont repris tous les lundis lors du staff « file active rue ». Cependant, l'examen des signalements au cours des staffs ne repose pas sur la lecture des courriels reçus, mais s'appuie avant tout sur la mémoire de chacun, sur ce dont chacun se souvient avoir vu passé comme information. L'intérêt de cet appel à la mémoire est qu'il permet d'inclure des signalements qui auraient été reçus par d'autres voies de communication (téléphonique, par contact direct...) sans donner lieu à un courriel collectif. L'inconvénient, c'est que l'énumération des signalements est tributaire des personnes présentes. Dès lors, les risques de cette procédure « sauvage » est que : 1 - une information détenue par une personne, absente à ce moment-là, ne soit pas relayée ; 2 - un signalement effectué par mail ne soit pas relevé et donc pas pris en compte.

Par ailleurs, si le GoogleGroup est un outil efficace pour diffuser une information auprès de tous, il est peu pratique pour consulter ces informations et, même s'il les garde en mémoire, n'est pas conçu pour les archiver (pas de possibilité de classement). Il est donc difficile de retrouver un signalement qui a été fait et auquel un professionnel souhaite se référer, éventuellement dans l'urgence.

⁴⁰ Logiciel utilisé pour les dossiers patients informatisés partagés avec tous les services de psychiatrie de l'APHM.

Mr D est signalé à l'équipe le 23/12/2011 par un courriel de l'ADJ. Il est décrit comme agressif, et potentiellement violent. Ce signalement est repris au staff rue le 02/01/2012 et une description succincte en est faite dans le compte rendu de la réunion. Lorsque l'ADJ appelle « en panique » le 5/01/2012, parce que Mr D est extrêmement agité dans leurs locaux, il est difficile de retrouver les informations le concernant avant de quitter le local de la rue Bel Air pour une intervention auprès de MrD. [NT]

Fallait-il se référer en priorité aux comptes-rendus de staffs ou aller fouiller dans le GoogleGroup ? L'usage d'un « cahier de signalement » reprenant tous les signalement reçus est tombé en désuétude, non pas par décision mais par faute de mise à jour. Dans toutes ces hésitations et dilution des responsabilités, certaines situations se retrouvent notées sur des feuilles volantes écrites à la main.

II - 6 - 2 - Secret médical

Les différents outils mobilisés par l'équipe sont donc des outils bricolés. Efficaces un temps, ils ne requièrent pas toutes les caractéristiques nécessaires à la sécurisation de la conservation et du partage des informations médicales concernant les patients.

Nous prendrons l'exemple de l'usage des tableaux blancs accrochés sur les murs du local sur lesquels étaient notées les personnes en cours de suivi par l'équipe. Ces tableaux reprenaient l'essentiel des informations concernant les personnes : Nom, prénom (ou surnom), référent, date et lieu de la dernière rencontre, symptômes ou diagnostic, mémo hebdo à faire, stratégie de l'équipe, projet de vie, urgence, divers.

Les situations urgentes y étaient marquées d'un point rouge, celles en « suivi intensif » d'un cercle rouge et les personnes hospitalisées d'un point vert.

Ces tableaux présentaient l'avantage pratique de visualiser l'ensemble de la file active du moment d'un seul regard. Toutefois, ils présentaient de nombreux inconvénients, notamment celui de ne pas être systématiquement mis à jour, ou celui d'être souvent saturés et donc d'obliger à effacer certains noms pour en inscrire de nouveaux. Mais surtout, accrochés aux murs de la salle commune de Bel Air, qui servait aussi de salle d'attente les jours de consultation, et même s'ils étaient recouverts par des rideaux, ces tableaux étaient potentiellement offerts à la vue de tous.

Héritage direct d'une pratique bricolée liée à l'histoire de l'équipe, cette mise en danger de la protection du secret médical, se retrouve, dans une moindre mesure pour l'ensemble des outils de communication utilisés par l'équipe, les courriels personnels et les GoogleGroup n'étant pas des outils de communication sécurisés.

II - 6 - 3 - Multiplication, dispersion et cimaise

La multiplication des outils de communication est une arme à double tranchant. Si elle favorise la circulation des informations, elle favorise aussi leur dispersion, voire leur perte.

Le cas de Monsieur K

Monsieur K est rencontré par l'équipe début septembre.

En tournée de rue avec l'interne de l'équipe, nous le croisons dans la rue le 24/10. Il est très désorienté et porte des traces de coups mais ne peut être hospitalisé faute de lit d'hôpital disponible.

De retour au local de l'équipe, nous découvrons la gravité du cas par un message laissé par le psychiatre de l'équipe le 12/09 sur Cimaïse.

À partir de ce jour, monsieur K entre dans la file active (il est inscrit sur le tableau) et il est recherché par tous les membres de l'équipe, signalé au 115, etc...

Le 17/12/11, un des psychiatres de l'équipe découvre par hasard (au cours d'une conversation téléphonique au sujet d'un autre patient) que Mr K a un tuteur et un appartement !

Par manque d'organisation et de transmission des informations la rencontre avec le tuteur de Mr K n'aura lieu que le 20/01/12.

En fouillant dans toutes les archives écrites disponibles de l'équipe, on découvre au sujet de monsieur K que l'existence de son tuteur, ainsi que son nom, figure dans cimaïse depuis le 26/06/2010... dans la partie : informations sociales.

Par ailleurs, un courriel du médecin de la PASS envoyé au GoogleGroup le 8/09/2011 annonce : « il a un tuteur, une pension d'invalidité et il a même un appartement dans le premier, dont il aurait perdu les clés il y a quelques semaines. »

Depuis la « première » rencontre avec Mr K, toutes les informations étaient disponibles.

Mais faute de centralisation et d'usage des outils, il aura fallu entre le 24/10/11 et le 20/01/12 pour recoller les morceaux.

Afin d'éviter le déperdition des informations, il est important de trouver un moyen de les centraliser.

S'il ne permet pas de résoudre les questions propres à la circulation interne de l'équipe pour les informations urgentes (notamment la diffusion des signalements), c'est tout de même à l'usage du logiciel CIMAISE qu'il faut se référer pour noter, archiver et consulter les informations concernant les patients de la file active. Le partage avec l'ensemble des services de psychiatrie de l'APHM via ce logiciel permet une circulation des informations et donc, potentiellement une continuité et une cohérence dans les soins délivrés d'un service à un autre pour une même personne.

Pour autant, en de nombreux points ce logiciel n'est pas adapté à la pratique de la psychiatrie hors les murs :

- Généralement, du fait des noms entrés en phonétique, à l'orthographe variable ou de l'attribution des surnoms, il est souvent difficile de retrouver dans le logiciel les personnes que l'équipe a elle-même entrées.
- Ce logiciel a été pensé pour une pratique des soins en intra-hospitalier. De fait, son mode de saisie comme les catégories et classifications qu'il propose, ne sont parfois pas adaptés aux conditions de travail de l'équipe mobile ou aux conditions de vie des personnes de sa file active. Par exemple, pour indiquer l'orientation d'un patient à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences, il n'est pas possible d'indiquer que la personne est retournée vivre dans la rue, l'item le plus proche disponible étant « retour à domicile ».
- Par ailleurs, compte tenu de la division du travail à l'hôpital, les informations concernant un patient sont réparties en trois grandes catégories « médical » « infirmier » « social ». Compte tenu des problématiques rencontrées par les personnes suivies par MARSS et du type de travail réalisé auprès d'elles, il serait plus pratique et adapté que toutes ces informations médicales, sociales et paramédicales puissent être affichées sur un même écran, plutôt que réparties dans les différentes sections du site.

III - Les médiateurs de santé pair

III - 1 - Posture et positionnement

Les métaphores utilisées par les médiateurs pour définir leur métier empruntent toutes au registre sémantique de la connexion. Ils se définissent comme un « *pont mobile qui permet d'aller d'une rive à l'autre* », une « *passerelle* », un « *chaînon manquant* », un « *porteur* », une « *jonction* », un « *relais* ». Ces métaphores expriment une action de mise en relation des personnes sans abri vivant avec des troubles psychiatriques avec le système de soins (« *Nous sommes ceux qui relient deux mondes* ») ; cette mise en relation serait possible par leur posture à l'interface de deux groupes sociaux (« *nous nous trouvons exactement entre les malades et les soignants* »). Des divergences existent cependant entre les médiateurs dans la perception de leur rôle. Sont-ils principalement des médiateurs en santé mentale ou des travailleurs pairs ?

III - 1 - 1 - Un intermédiaire

Les médiateurs se positionnent dans un rôle de « *facilitateur* » ou « *d'intermédiaire* » dans la création, la restauration ou le renforcement de relations entre d'une part les personnes souffrantes (qu'elles soient en demande de soins ou non, qu'elles soient usagères ou non des services de soins psychiatriques) et d'autre part les soignants. Ce rôle est précisément celui de la médiation sociale.

III - 1 - 2 - Un pair aidant

L'autre positionnement est celui de travailleurs pairs. La pair-aidance est une « *forme de soin* », une pratique du *care*, « *écoute, attention, respect, considération* » de l'autre-malade, facilitée par une compréhension presque intuitive liée à la proximité d'expérience de ce que vit la personne malade en situation de grande précarité.

Exemples de pratiques de pair-aidance⁴¹

Une aide à la réflexion

Un jeune homme est hospitalisé. Il a besoin d'être accompagné pour aller chez lui chercher son courrier, ce que je fais. Je découvre en chemin que son vrai enjeu est de comprendre pourquoi il se sent très mal dans son appartement. Il a besoin d'avoir un avis extérieur. Je m'attache d'abord à avoir un regard « objectivant », considérant avec réalisme les qualités et défauts de l'appartement, montrant comment il peut être amélioré, etc. Soudain, je réalise que certains défauts du logement sont réhabilités lorsque l'on est très dépressif ou persécuté : manque de lumière, porosité au bruit, etc. Oui, l'habitat peut devenir un facteur pathogène aggravant. Je le sais d'autant mieux que je l'ai vécu. Je décide d'oser évoquer avec lui l'angoisse, la parano, l'enfermement... Il ne faudrait pas qu'on l'enferme dans des arguments qui n'ont aucun rapport avec ce qu'il vit. L'important, c'est ce qu'il sent, lui.

Exemple d'une aide à la famille d'un usager

Une mère est venue seule pour renouveler l'ordonnance de sa fille, alors qu'elles viennent habituellement toutes les deux. Comme à son accoutumée, la mère arbore un merveilleux sourire, mais je sens que ce qui lui pèse secrètement est plus lourd que d'habitude. Nous parlons des raisons qui ont poussé sa fille à ne pas venir. De fil en aiguille, la conversation glisse vers le thème des relations parents/enfants et de leur complication avec la maladie. Mais aussi sur l'inquiétude que représentent pour elle les prises de risque de sa fille, jeune

⁴¹ Ces exemples ont été écrits par un médiateur, ce qui explique qu'ils soient narrés à la première personne.

adulte en conflit avec son « diagnostic ». Je quitte un discours « institutionnellement balisé » pour évoquer mes expériences de jeunesse. Peu à peu, à travers moi, c'est comme si elle décentrait son regard, entrait dans la peau de sa fille, reconsidérerait la nature des dangers et les rapports d'autorité, entrait un peu dans la peau de sa fille et prenait conscience de ses ressources.

III - 2 - Compétences

III - 2 - 1 - Connaissance du milieu

La qualification première demandée aux MSP lors de leur embauche est leur « expérience de vie ». En effet, leur recrutement repose sur trois pré-requis : avoir traversé l'expérience de la maladie mentale, avoir fait l'expérience de la vie dans la rue ou de la grande précarité et être inscrit dans un processus de rétablissement. Comme le dit avec humour l'un d'entre eux : « *Il n'y a pas beaucoup de métier où en haut de ton CV on te demande d'écrire "moi je suis malade" : 2 ans de psychiatrie, 6 ans d'alcoolisme intensif, 1 an de prison s'il le faut. Allez hop, engagé ! Je ne connais pas de profession où on te demande des diplômes aussi compliqués* ». [NT]

Ainsi, sur les six médiateurs que compte l'équipe, un a vécu dans la rue, un a une expérience en tant que patient de la psychiatrie et quatre ont à la fois eu des période de vie dans la rue et des épisodes d'hospitalisation en psychiatrie.

III - 2 - 2 - Savoirs expérientiels

L'expertise des médiateurs de santé pairs se fonde sur leur expérience personnelle et « *la richesse* » de celle-ci, et non sur un savoir professionnel. Ce savoir expérientiel, valorisé par l'équipe et par les médiateurs eux-mêmes, que l'on peut qualifier de "pratique", se décline au quotidien dans la manière dont les médiateurs entrent en relation avec les personnes sans abri dans la rue (« *on a un regard différent qui favorise la libération de la parole* » NT). Cependant, il n'exclut pas la présence de "savoirs théoriques". En effet, les parcours - de vie et de soins - des médiateurs sont jalonnés par des acquisitions de connaissances scientifiques ou institutionnelles, qu'ils utilisent ensuite auprès des autres usagers dans une logique de « *transmission* ». La particularité de ces savoirs théoriques vient du fait qu'ils ont été acquis dans le cadre d'une expérience personnelle marquée par le besoin, la survie ou la lutte. Ce qui donnerait aux médiateurs de santé-pairs la capacité d'évaluer l'utilité de ces connaissances pour les autres usagers du système de soins en fonction de ce que ces derniers vivent.

Du fait de leur expérience de vie, les membres de l'équipe présupposent une plus grande endurance des MSP aux conditions de travail qui sont celles de l'équipe MARSS, qu'il s'agisse du travail de rue, particulièrement éprouvant physiquement et psychologiquement, ou de celui à l'intérieur du lieu de vie semi-collectif où la gestion des crises des personnes hébergées est quotidienne. Comme expliqué dans une section précédente, la plupart des personnes résidants au Marabout en 2012 faisaient partie des cas les plus lourds de la file active de l'équipe. Travailler quotidiennement dans un lieu où ne résident que les cas les plus compliqués de la psychiatrie demande d'être capable de supporter cet environnement sans en pâtir moralement.

Le médiateur qui travaille à temps plein au Marabout explique que c'est un lieu dans lequel il se ressource et il justifie cela en s'appuyant sur sa double expérience de la psychiatrie et de la vie dans la rue.

« J'ai passé un an en psychiatrie (...) je fréquentais déjà tous ces gens et déjà je m'entendais bien avec eux. Plus ils étaient malades et mieux je m'entendais avec eux. C'est là que j'ai choppé la

fibres de la psychiatrie. (...) moi j'ai toujours un pied dans la rue (il parle de personnes hébergées dans une autre structure d'HAS – les Prytanes - qui accueille des personnes alcooliques et à qui il rend visite régulièrement) c'est des mecs, avec qui j'ai zoné dans la rue, avec qui j'ai beaucoup bu. C'est pour ça, j'ai besoin de me prouver que je ne suis plus dans la rue. (...) et ceux du Marabout, ils me renvoient à mes amis des Prytanes. Je me sens proche d'eux, je me retrouve en eux ». [E]

Mais pour ces mêmes raisons, ce médiateur ne peut pas faire de travail de rue. S'il a effectué quelques tournées de rue à ses débuts dans l'équipe, il explique :

« La rue, ça me faisait des flashback. Je n'ai pas supporté. Aller à des endroits où j'ai été frappé pour s'occuper de quelqu'un, ça me renvoyait trop de choses. La souffrance des médiateurs, elle est toujours là. Face à la souffrance des autres, on est tous touché, mais toi, tu te baisses et ça te passe au dessus ; moi, c'est en plein dans la gueule ! ». [E]

Inversement, un autre médiateur explique qu'il peut très bien travailler dans la rue, mais que le milieu hospitalier est une source d'angoisse du fait de l'expérience personnelle à laquelle ça le renvoie.

Ainsi, cette idée d'une plus grande endurance au milieu est à prendre avec prudence. Elle peut se révéler exacte pour certains médiateurs, dans certaines conditions. A contrario, il arrive aussi que l'expérience personnelle ne soit plus une source d'endurance mais plutôt à l'origine d'une plus grande sensibilité.

III- 2 - 3 - Connaissance des gens

Pour les médiateurs effectuant un travail de rue, une des compétences particulière recherchée par l'équipe est celle de la connaissance directe et personnelle des personnes vivant dans la rue (avec lesquelles ils ont, à un moment donné, partagé leur quotidien).

Cette connaissance personnelle s'est révélée utile à plusieurs reprises pour retrouver des personnes ou faire usage de leur réseau de connaissance. Par ailleurs, ces relations personnelles, construites en dehors de tout cadre professionnel, participent aussi à libérer la parole de la personne, l'aide éventuellement à adhérer au projet de soin ou dans d'autres situations à comprendre de façon plus immédiate les raisons de son refus.

III - 3 - Plus value des MSP

III - 3 - 1 - Transmission des savoirs

Les médiateurs de santé qui ont connu la rue jouent un rôle important dans la construction du savoir de l'équipe sur les conditions concrètes de vie des personnes, afin de mieux comprendre leurs besoins et les aider à anticiper les dangers auxquels elles sont exposées. En transmettant aux autres professionnels leur connaissance des stratégies de survie dans la rue, des lieux de refuge des sans-abri, des « codes » et du « langage », ils aident les autres professionnels à comprendre ce qu'ils observent, par exemple sur la pratique de la manche : les lieux, les tactiques, l'alcoolisation nécessaire avant la manche pour atténuer la honte de la mendicité, etc.

De la même manière, ceux qui ont une expérience de la psychiatrie, de l'hospitalisation sans consentement, et des traitements médicamenteux apportent des connaissances à leurs collègues de travail sur les effets possibles de ces modes d'interventions, notamment sur les effets secondaires des traitements et la vie quotidienne à l'hôpital.

III - 3 - 2 - Mode relationnel

L'expérience de la souffrance des médiateurs et leur capacité à construire de l'entraide leur permet de construire des relations soignés-soignants plus horizontales et égalitaires dans

lesquelles le "soigné" (usager de la psychiatrie ou personne de la rue encore éloignée du système de soin) n'est pas seulement un réceptacle du savoir des professionnels, mais peut exprimer ses propres choix et ses compétences.

Leur regard positif, leur meilleure compréhension du vécu des patients, faciliteraient et le consentement et la participation au traitement pour les personnes les plus réticentes (Sells et al, 2006), et aideraient les patients à acquérir une autonomie dans la gestion de la maladie, tout en augmentant l'estime de soi et la confiance en soi (Reppert & Carter, 2011).

III - 3 - 3 - Relation de confiance et travail de médiation

Ce type de relation entre pairs (plus horizontale, plus égalitaire et distincte d'une relation soignant/soigné conventionnelle), participe au développement de la confiance des patients dans les médiateurs, à la fois en tant que personne, en tant que professionnel et en tant que patient ayant connu la psychiatrie ou en étant encore un usager.

Plusieurs situations de médiation sont alors rendues possibles sur la base de ces relations, impliquant les médiateurs dans différents positionnement vis-à-vis du système de soin. Mis en œuvre au travers de rencontres formelles ou informelles, dans la rue, à l'hôpital ou à domicile, la médiation peut être :

- Une porte d'entrée dans le système de soin, lorsque le médiateur s'adresse à une personne en refus de soin et que la rencontre se déroule à l'extérieur.
- À l'intérieur du système de soin, les échanges avec les médiateurs peuvent servir à renforcer les relations avec les soignants
- Un élément déclencheur du processus de rétablissement, en aidant la personne à prendre confiance en elle, en travaillant sur ses projets et éventuellement en mobilisant la figure du médiateur comme exemple d'un rétablissement possible
- Un moyen de changer le regard des personnes malades sur les soins de santé mentale en modifiant à la fois le rapport à la psychiatrie et en faisant un accompagnement à la psychoéducation.

III - 3 - 4 - Psycho-éducation

Par les relations qu'ils développent avec les patients et en s'appuyant sur leurs expériences personnelles, les médiateurs sont fréquemment amenés à échanger avec les personnes de la file active à propos de leurs troubles et du vécu de la maladie. L'expérience personnelle des médiateurs et leur statut de non-soignant leur permettent d'aborder plus facilement les questions de consommation de toxiques et des interactions qu'ont ces derniers avec les traitements médicamenteux prescrits. Ainsi, lors des VAD, ou lors de leurs visites aux personnes à l'hôpital, les médiateurs partagent avec les personnes de la file active leur expérience de gestion des symptômes, discutent de la relation au traitement, des gênes qu'il occasionne du fait des effets secondaires et des moyens d'y remédier.

L'ensemble de ces éléments discursifs pourrait être apporté par les équipes soignantes (notamment à l'hôpital). Or, il semble que ces échanges d'informations sur les thérapeutiques et d'éducation à la gestion de la maladie ne soient pas toujours mis en œuvre au cours des hospitalisations. De plus, la proximité relationnelle des médiateurs facilite l'expression des patients.

III - 3 - 5 - Incarnation du rétablissement

La présence des médiateurs dans l'équipe mobile a une valeur d'exemplarité. Le médiateur de santé pair incarne une forme de rétablissement dans lequel les personnes sans abri et les usagers de la psychiatrie pourraient se projeter.

« Le plus gratifiant c'est quand je fais les visites à domicile et que l'on me dit : « et tu crois que un jour je pourrais faire comme toi ? ». Je trouve ça génial tu vois ». [E]

Incarner un rétablissement possible est un moyen puissant pour modifier l'image que les personnes peuvent avoir d'elles-mêmes et de la fatalité qui l'accompagne. Par cette figure du rétablissement incarné, les médiateurs sont - en eux-mêmes - une manière de redonner de l'espoir à des personnes qui n'en ont bien souvent plus.

Par un jeu de miroir, cette position se trouve aussi être gratifiante pour les médiateurs. Pour autant, tenir cette posture exemplaire du rétablissement peut aussi être quelque fois un travail épuisant pour les médiateurs. Être un exemple du travail que l'on souhaite réaliser auprès des personnes ne laisse que peu de place au répit.

III - 3 - 6 - Modification des représentations collectives de la maladie mentale

Par leur présence dans les équipes soignantes (principalement à l'hôpital) les médiateurs peuvent amener les professionnels de la psychiatrie à modifier leurs représentations aussi bien de la vie dans la rue, que de la maladie mentale et des possibilités de se rétablir.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, nombreux sont les soignants qui nourrissent des craintes vis-à-vis des patients psychotiques dont ils s'occupent, et rares sont ceux qui croient véritablement à la possibilité d'un retour à une vie normale.

Ainsi, les médiateurs incarnent là aussi la possibilité d'un rétablissement, que ce soit par une rémission des symptômes ou par l'adoption d'un mode de vie et de techniques particulières qui permettent de les gérer pour les rendre le moins handicapant possible.

III - 4 - Difficultés

III - 4 - 1 - Métier en construction

En l'absence de grade adapté, les recrutements successifs des médiateurs relèvent de montages financiers associant des fonds publics et associatifs⁴², et du bricolage statutaire, d'autant plus que les médiateurs présentent tous des profils différents, sans aucune équivalence de niveau d'études, formation initiale ou expérience professionnelle. Aucun des médiateurs n'a sur son contrat le même intitulé de poste (agents ou adjoints administratifs, agents d'entretien qualifiés), ni le même grade. De plus, la plupart des contrats de travail ne mentionnent pas leur fonction réelle, ce qu'ils vivent comme une absence de reconnaissance de leur métier dont ils souffrent tant sur le plan symbolique que matériel : de fait, ces bricolages administratifs pour le moment incontournables engendrent de légères différences de traitement salarial.

Enfin, ils suivent les formations communes à l'équipe du programme MARSS. Leur expérience pilote les a amenés à participer à l'élaboration un programme de formation à destination des médiateurs et de leur milieu d'embauche qui devrait intégrer le programme interne de formation de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

⁴² Le premier médiateur salarié fut embauché sur un contrat à durée déterminée, financé par l'ONG Médecins du Monde. Son contrat a ensuite été repris par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Un des médiateurs est embauché en contrat aidé par l'association Habitat Alternatif Social, partenaire du programme MARSS.

Cette professionnalisation par l'acquisition d'un savoir expert va cependant à l'encontre du modèle anglo-saxon du rétablissement et du soutien par les pairs selon lequel les MSP ne doivent pas tendre à être des professionnels médicaux qui auraient une approche basée sur le *counseling*, mais doivent conserver le côté informel et basique de l'interaction avec leurs pairs (Davidson et al., 1999). Ce que résume parfaitement la formule d'un des MSP de l'équipe : « *nous voulons être formés mais pas formatés !* »[E].

III - 4 - 2 - Résistance des autres corps professionnels

Dans les associations partenaires de l'équipe MARSS, les travailleurs sociaux se sont montrés parfois réfractaires au métier de médiateur d'une part en raison du manque de visibilité du travail de médiation ; la question souvent posée est alors : en quoi consiste le métier de médiateur ? D'autre part, ces travailleurs sociaux qui souffrent eux-mêmes d'un manque de reconnaissance sociale et d'une position symbolique subalterne dans la hiérarchie des métiers du secteur médico-social⁴³, peuvent se sentir en situation de concurrence avec les médiateurs de santé pairs dont ils définissent mal les limites des missions et des attributions professionnelles. Ainsi, lors d'une présentation du métier de MSP dans une institution partenaire de l'équipe MARSS, un éducateur spécialisé s'est écrié : « *Mais en fait, c'est quoi, la différence avec un boulot d'éducateur ou d'accompagnateur social ?* » [NT]. On observe, du reste, qu'au sein des institutions partenaires du programme MARSS, les professionnels de ces structures chargent les médiateurs de tâches (par exemple bricolages divers ou entretien) plus en rapport avec leurs compétences personnelles qu'avec leur mission de médiation.

La mise en place du programme national du CCOMS a donné lieu à des réactions de défense corporatiste de la part des syndicats de soignants hospitaliers marseillais. Une action syndicale pour mettre fin au programme a débuté, mais surtout des propos d'une grande violence symbolique ont été tenus⁴⁴. Schématiquement, ces discours dénonçaient : 1) le salaire des MSP supérieur à celui des infirmières débutantes dans un contexte de réduction des moyens alloués au secteur psychiatrique des soins ; 2) l'intégration des MSP dans les équipes soignantes. Si le premier argument peut s'expliquer aisément par une défense corporatiste de la profession d'infirmière, le second renie la qualification par l'expérience. Il traduit l'incorporation de la norme sociale de professionnalisation des métiers de la santé selon laquelle la capacité de dispenser des soins ou d'apporter un soutien ne peut s'acquérir que lors d'une formation académique. À ces arguments, sont venus s'ajouter des discours traduisant des représentations sociales d'incurabilité de la maladie mentale et de dangerosité des personnes souffrant de troubles psychiatriques, prégnantes dans la société française (Bellamy, 2004) qui sont précisément les représentations que cherchent à transformer les partisans des soins fondés sur le rétablissement.

⁴³ Des réticences similaires sont relevées dans la littérature. Par exemple en Australie où, tandis que le personnel médical est favorable aux travailleurs pairs, les plus réticentes sont les jeunes infirmières ou les stagiaires qui perçoivent les travailleurs pairs comme des concurrents (Nestor et Galletly, 2008).

⁴⁴ Voir par exemple l'article paru le 9 décembre 2011 Dans le quotidien régional *La Provence*, et les commentaires postés par les lecteurs à l'adresse <http://www.laprovence.com/article/a-la-une/psychiatrie-des-malades-font-partie-de-lequipe-soignante> (Page consultée le 23 janvier 2012)

III - 4 - 3 - Les affres de la professionnalisation

Si le recrutement de médiateur dans le dispositif s'accorde avec le modèle de soins de MARSS, un des problèmes est d'avoir considéré la mise en place de cette dimension expérimentale du dispositif comme un élément stable et fonctionnel, et d'avoir considéré les MSP comme des professionnels accomplis. De fait, il n'y a pas eu de réflexion préalable et aboutie sur la place et la fonction réelle des médiateurs embauchés. Il n'y a pas eu non plus d'accompagnement pour leur expliquer leur rôle, leurs missions, et comment mettre en œuvre les compétences expérientielles qui ont légitimé leur embauche. Cette absence de cadre en a mis certains en grande difficulté dans leur travail.

En effet, considérés comme des professionnels accomplis, avec une mission définie, des savoirs pratiques qu'ils leur suffisaient de mobiliser, les médiateurs se sont retrouvés totalement responsables de la réalisation d'un travail dont ils ignoraient autant le contenu que l'objectif.

Paradoxalement, les médiateurs se sont vus, dans le même temps attribué un statut à part dans l'équipe, comme en témoigne une tolérance particulièrement grande pour leurs absences non justifiées, les retards, ou le non réalisation d'un travail, mettant en doute leur qualité pleine et entière de professionnel. Par ailleurs, dans les services de santé, les levées de bouclier face à l'émergence du métier de médiateur ont parfois été très violentes et il leur aura fallu vaincre de nombreuses résistances pour se créer une place au sein des services et être reconnus comme des professionnels.

Ce paradoxe entre d'un côté une assignation immédiate à une posture professionnelle, sans bénéficier des cadres nécessaires au développement de cette posture et, d'un autre côté, la non reconnaissance du statut de collègue à part entière, les renvoyant ainsi à leur vécu de patient, fut source d'une violence institutionnelle qui s'est révélée particulièrement destructrice pour certains d'entre eux.

III - 4 - 4 - Usure de la posture

Pour les médiateurs qui interviennent dans la rue, nous pouvons noter une usure de la posture de « pair ». En effet, si les personnes sont recrutées pour leur connaissance de la rue, elles sont aussi elles-mêmes engagées dans un processus de rétablissement. Et plus le médiateur avancera dans son parcours de rétablissement et perdra ses habitudes de vie dans la rue, moins il connaîtra les réseaux et les personnes de la rue, moins il sera apte à endosser ce rôle de pair. Il nous semble alors que, autant pour la personne elle-même que pour l'efficacité professionnelle du rôle qu'elle endosse, le rôle de travailleur pair dans la rue n'est possible que de façon temporaire.

III - 4 - 5 - Sous-estimation de la vulnérabilité

Principalement du fait de leur expérience de vie et de maladie, il subsiste chez la plupart des médiateurs une « fragilité » émotionnelle, relationnelle ou autre. De fait certaines situations complexes, notamment des conflits professionnels ou des tensions, peuvent réactiver des processus de décompensation ou une instabilité qui se traduisent par un absentéisme nettement supérieur à celui des autres professionnels de l'équipe.

Il semble cependant nécessaire de considérer ce dernier point avec beaucoup de précaution. En effet, en l'état actuel de nos recherches, nous ne sommes pas en mesure de savoir si cet absentéisme élevé est dû à l'histoire psychopathologique de la personne ou aux différents éléments qui viennent d'être présentés et qui rendent les conditions de travail des médiateurs

particulièrement difficiles et anxiogènes. D'autres travaux sur l'inclusion des personnes psychotiques en milieu ordinaire montrent que cette inclusion est complexe quelque soit le milieu de travail du fait de la pathologie sous-jacente (Greacen, Jouet, 2012).

IV - Évolution du dispositif

IV - 1 - Accroissement de la file active et du nombre de professionnels

D'un point de vue des ressources humaines, cette équipe a connu un développement particulièrement fort et rapide. En effet, le programme était à l'état embryonnaire au début de l'année 2007 (2 X 0,5 ETP), tandis que MARSS comporte, à la fin de l'année 2011, 24 personnes, soit 19 ETP et 2 bénévoles réparties ainsi :

- 6 médiateurs de santé pairs (5 AP-HM + 1 HAS)
- 4 travailleurs sociaux (2 AP-HM + 2 HAS)
- 3 psychiatres (AP-HM)
- 1 médecin généraliste (AP-HM)
- 2 internes (1 en psychiatrie, 1 en médecine générale, AP-HM)
- 2 infirmiers AP-HM + 2 infirmiers bénévoles (MdM)
- 1 coordinateur (AP-HM)
- 1 administratif (AP-HM)
- 2 chercheurs (AP-HM)

En parallèle, la file active s'est progressivement accrue :

- 129 personnes en 2009
- 198 personnes en 2010
- 322 personnes en 2011
- 312 personnes en 2012

IV - 2 - Spécialisation pôle rue/pôle logement

Le développement de l'équipe, qui correspond autant à la croissance de sa file active et au processus d'institutionnalisation à l'œuvre, nécessite une organisation plus formalisée, ce qui n'est pas toujours facile à mettre en œuvre (difficulté à mettre en place les référents), et une rationalisation de son mode de fonctionnement, ce qui implique une spécialisation des activités. Cette spécialisation, qui consiste actuellement en la création d'un "pôle rue", d'un "pôle chez soi", et d'un "pôle recherche", est un processus qui a commencé en janvier 2011 et s'est accentué en fin d'année 2012 dans la mesure où les professionnels affectés à un pôle n'interviennent plus dans l'autre (les professionnels du pôle rue ne vont pas au Marabout ou dans les appartements, et réciproquement).

IV - 3 - Réseau

IV - 3 - 1 - Partenaires historiques

A - Médecins du Monde

Le partenariat MDM/AP-HM a été développé en 2007, pour la création et la mise en œuvre d'un dispositif opérationnel commun, susceptible de pouvoir apporter une réponse sanitaire à la situation des personnes sans-abri vivant avec des troubles psychiatriques sévères. Le désengagement de MDM a été effectif en mars 2011. Deux bénévoles de MDM continuent à intervenir ponctuellement avec les professionnels de l'équipe.

Un partenariat opérationnel s'est mis en place entre l'équipe mobile et le CASO de Médecins du Monde Marseille. Il permet aux intervenants du CASO d'orienter certains de leurs patients sur les consultations psychiatriques assurées par les médecins de l'équipe mobile, le mardi après-midi. Il s'agit principalement de personnes nécessitant une évaluation et, le cas échéant, une prescription de médicaments qui leur permettent de faire face non seulement à des troubles psychiatriques, mais aussi à une situation sociale, administrative très dégradée. L'objectif est également de leur permettre d'accéder à des soins de psychiatrie malgré l'absence de couverture médicale.

B - Habitat Alternatif Social

L'équipe mobile entretient des liens depuis 2008 avec HAS, association spécialisée dans le logement social. La difficulté d'adresser une personne de la rue présentant des troubles psychiatriques sévères sur un dispositif d'hébergement social tel que le CHRS a rapproché l'EMPP de cette association, plus ouverte à la création de dispositif particulier, plus adapté à l'hétérogénéité des publics.

Depuis juillet 2009, l'association est le gestionnaire administratif, pédagogique et financier de la résidence accueil le Marabout. L'année 2010 a scellé cette collaboration par un conventionnement partenarial entre HAS et l'AP-HM. Fin 2012, 17 appartements thérapeutiques captés par HAS permettent l'accès au logement individuel de personnes de la file active.

Deux professionnels (une éducatrice spécialisée et un médiateur de santé) intervenant dans le « pôle logement » de l'EMPP sont salariés par HAS avec des fonds provenant de l'AP-HM.

C - Les Nomades Célestes

Les Nomades Célestes sont une association loi 1901 composée par et destinée aux personnes de la file active de l'EMPP, ou qui en ont/pourrait en faire partie.

Les Nomades Célestes portent un GEM, les Chamanes, qui dispose d'un financement propre, et qui a pour mission de lutter contre la solitude des personnes présentant des troubles psychiatriques, qu'elles soient précaires ou non.

Dans les fait, Les Nomades et les Chamanes sont difficiles à différencier car les dirigeants sont communs, ainsi que le lieu où se déroulent leurs activités. Le local était situé rue Jemmapes jusqu'en mai 2011. Depuis cette date, il est situé au 48 de la rue Curriol. Ce nouveau local dispose d'une douche et d'un vestiaire que les professionnels de l'EMPP peuvent utiliser pour des personnes rencontrées lors des maraudes.

Diverses activités sont proposées : atelier écriture, atelier art plastique, pêche, promenade, informatique. Un repas réunit le mercredi midi toutes les personnes qui le souhaitent. Il est préparé par des personnes de l'association. Plusieurs professionnels de l'EMPP participent souvent à ce repas qui est une occasion de rencontrer de nouvelles personnes, ou d'entretenir les liens avec d'autres, ou encore de prendre de leurs nouvelles dans un cadre différent et plus convivial que la rue.

Un médiateur de santé, qui est aussi président des Nomades Célestes et du GEM, participe à ce repas et à sa préparation systématiquement tous les mercredis.

IV - 3 - 2 - Meilleure identification du réseau existant

Depuis ses débuts, l'EMPP travaille en collaboration étroite avec différents partenaires qui composent un réseau informel de professionnels de la grande précarité.

Nous présentons ci-dessous le réseau de l'EMPP selon l'usage que l'équipe (ou les personnes sans abri) fait des services. On notera que cet usage est très fluctuant selon les périodes, selon l'impulsion donnée par des membres de l'équipe. Nous avons ainsi constaté une oscillation entre un usage très restreint (voire un repli de l'équipe sur elle-même), et une volonté de connaître et de rencontrer tous les acteurs de la précarité et du soin pour mieux coopérer dans l'intervention auprès du public cible.

L'usage du réseau est aussi dépendant du réseau d'interconnaissance qui s'est construit au fil des ans. Malgré son développement, les partenariats effectifs (liens forts) demeurent insuffisants et restent très « personne-dépendante ».

Les liens faibles correspondent à des relations déterminées par le fonctionnement institutionnel basic et restreint aux missions officielles de la structure à laquelle MARSS a recours. Par liens forts nous entendons désigner les relations permettant un travail partenarial spécifique, caractérisé par un échange de services réciproques.

1. Soins en psychiatrie

Liens forts : Services Vega et Centaure de Sainte Marguerite, Unité La Passerelle et le Pavillon 9 à Edouard Toulouse, urgences psychiatriques Conception

Liens faibles : autres services de la Conception, de Ste Marguerite, d'Edouard Toulouse et de Valvert, CMP Pressensé, CMP Bel de Mai

2. Soins en médecine/chirurgie

Liens fort : PASS Rimbaud

Liens faibles : Pompiers, Service de médecine interne du Pr Harlé

3. Soins en addictologie

Liens forts : Sleep'in, Bus 31/32, CCARUD ASUD, le Tipi, Nouvelle Aube

Liens faibles : Centre le Cabanon, AMPTA, Centre d'accueil Prottox, Centre Puget-Corderie,

4. Post cure

Liens forts : Clinique Ste Barnabé

Liens faibles : Clinique La Lauranne, Clinique l'Emeraude, Clinique les Trois-Lucs, Clinique St Roch

5. Continuité des soins (psychiatrie et somatique)

Liens forts : LHSS Jeanne Panier, LHSS Fontainieu, La Maison Gardanne, Clinique Ste Elisabeth

6. Mise à l'abri-hébergement

Liens forts : Accueil de nuit Forbin, Sleep'in,

Liens faibles : UHU La Madrague ville, AAJT La Roseraie, Foyer La Draille, les CHR, Armée du salut.

7. Accueil de jour et domiciliation

Liens forts : ADJ Marceau et Consolat, Boutique solidarité (Fondation Abbé Pierre), Autre Regard, Sleep'in

Liens faibles : Secours catholique, CCAS

8. Autres équipes mobiles

Liens forts : ADJ Marceau/consolat, Sleep'in, Bus 31/32, Ilotiers du commissariat de Noailles

Liens faibles : MDM mission sans abri et mission bidonville, secours catholique, croix rouge (équipe jour et nuit), ADDAP 13, Samusocial, EMLPP (Edouard Toulouse)

9. habitat alternatif

Liens forts : HAS, Housing First, Vogue la Galère, La ferme.

10. Autres

Liens forts : SOS voyageur, GEM Les Chamanes (association Nomades Celestes)

Liens faibles : GEM sentinelles égalités

IV - 3 - 3 - Usages et mésusages de l'équipe par les partenaires

Le travail en réseau est à double sens. Les partenaires se saisissent également de l'équipe MARSS en orientant vers MARSS des personnes, ou en leur signalant des situations urgentes.

L'accroissement au cours de l'année 2012 du nombre de signalements témoigne du développement du travail en réseau de l'équipe et de sa meilleure inscription dans le maillage des structures existantes à destination des personnes sans chez-soi. Cependant, les signalements effectués ne sont pas toujours en adéquation avec les missions de MARSS et témoignent d'une mauvaise compréhension du dispositif. Ainsi, nous avons observé des signalements qui relevaient :

- d'une équipe de « captation » : retrouver des personnes qui se sont enfuies d'un service hospitalier. Les institutions pensent les professionnels de l'EMPP comme déambulant dans la rue et pouvant aller chercher des personnes qui ne sont plus captives des autres dispositifs de soins.
- Prestataire de service : appel de l'EMPP pour réaliser des hospitalisations sous contrainte à la place d'un CMP.
- confusion entre MARSS et un samu psychiatrique.

Les causes de ce mésusage de l'EMPP sont multiples : insuffisance de communication sur les activités de MARSS, poids des représentations sociales, disqualification du travail de *care*, invisibilité du travail d'accompagnement de l'équipe, positionnement de MARSS comme une équipe « de rue ». Ces causes seront détaillées et analysées dans la partie suivante (discussion).

Un autre mésusage que nous avons observé, est celui du recours à MARSS comme une équipe « pourvoyeuse de logement ». Ce mésusage est directement relié à la confusion entre le programme MARSS et le programme « Un chez-soi d'abord ». Cette confusion s'explique par l'implication du Dr Girard dans la coordination des deux programmes, et par sa volonté propre d'afficher un lien de filiation entre les deux programmes.

IV - 4 - L'Accueil

Le projet de l'équipe dans ses débuts était de créer un lieu d'accueil inconditionnel, bas seuil pour les personnes de la rue présentant des troubles psychiatriques sévères.

L'objectif de l'équipe était assez confus et oscillait entre deux projets :

1- Créer un accueil de jour pour SDF avec troubles psychiatriques, ce qui manque dans une ville comme Marseille où les accueils de jour existant n'étant pas « spécialisés », le personnel n'est pas formé pour accueillir ce public. Un accueil de jour ciblé est une manière d'attirer ce public afin de pouvoir l'atteindre, d'instaurer un climat de confiance et de l'amener vers le soin.

Lorsque l'équipe s'est créée, le squat qui hébergeait ses bureaux remplissait cette fonction. Lors du déménagement dans le local de la rue Bel Air, les professionnels ont voulu maintenir cette fonction, mais sans vraiment le formaliser. Un projet de douche et de laverie dans les locaux a été abandonné faute de pouvoir réaliser les travaux. Un vestiaire a été constitué, mais en l'absence d'une personne dédiée à sa gestion (rangement des vêtements récupérés et attribution des vêtements selon les besoins des personnes), cette activité a généré des tensions entre certaines personnes sans abri et les professionnels. De plus, du fait de l'exiguïté des locaux, le vestiaire était situé dans la salle de soin dont la propreté ne pouvait être maintenue.

2 – Être un lieu d'accueil en psychiatrie, ce qui peut être défini à la fois comme un espace et un moment préalable pour instaurer un climat de confiance afin que le travail thérapeutique puisse se faire, et également comme un repère stable pour les personnes en errance ou perte de repères. Dans cette optique, toutes les personnes de la FA, ou susceptibles d'y entrer, qui se présentaient au local y étaient accueillies, quelle que soit leurs attentes, leurs besoins et le moment auquel elles se présentaient. Cette option assurait en outre une permanence et une continuité des soins. Un café et un temps de parole leur étaient offerts par le professionnel présent et disponible.

Cependant, cet accueil engendrait un passage permanent de personnes dans les locaux, perturbant le travail des professionnels qui s'y trouvaient pour des réunions ou du travail administratif. De plus, des inquiétudes sont apparues pour la sécurité des professionnels suite à des comportements agressifs de quelques usagers.

Aussi, lors de son arrivée dans l'équipe au début de l'année 2012, le coordinateur thérapeutique a décidé de mettre fin à ces deux formes d'accueil permanent, et a fixé des moments où cet accueil est possible (consultations du mardi et du jeudi après-midi), et les conditions qui le rend possible (deux personnes dédiées à l'accueil).

On observe donc une ré-organisation du travail de l'équipe basée sur les contraintes des professionnels davantage que sur la temporalité des patients.

V – 5 – Les interférences du programme « Un chez soi d’abord »

Dès 2010, le Dr Vincent Girard a souhaité mené des recherches au sein de son équipe sur le modèle qu’il avait vu fonctionné à l’Université de Yale où il a effectué un post doctorat - une intrication forte entre expérimentation de nouvelles pratiques professionnelles et évaluation de ces pratiques -, le conduisant à créer un « pôle recherche » dans le programme MARSS.

De part cette ambition, et de part son rôle d’initiateur de l’expérimentation en France et de coordinateur national de l’évaluation du programme « un chez soi d’abord », ce programme expérimental a été très présent dans les pratiques de l’équipe avec des conséquences positives puisqu’il a offert une solution de logement à de nombreuses personnes de la file active et donc une réelle possibilité de soins ; mais également des conséquences négatives que nous allons détailler.

- *Manque de lisibilité de l’activité de MARSS*

Diverses incompréhensions de l’action de MARSS, de la part des usagers et de la part des partenaires, ont été tenaces en 2011 et 2012. On a pu ainsi observer à plusieurs reprises des personnes venir dans le locaux de MARSS avec une demande (parfois très véhémement) de logement : « *je veux un appart’* » ; ou venir chercher les clefs de leur appartement dans les locaux de MARSS. Dans le même temps, MARSS recevaient de nombreux appel « d’équipes d’amont » qui voulaient adresser à MARSS une personne pour l’inclure dans le programme « un chez soi d’abord » sous prétexte qu’il s’agit de la « *même équipe* » ; ou des services de psychiatrie qui s’adressait à MARSS pour trouver un logement pour leur patient.

Ces incompréhensions s’expliquent par une indistinction entre « un chez soi d’abord » et l’équipe MARSS du fait que : 1) le Dr Girard est à la fois coordinateur de MARSS et coordinateur du volet évaluation de « un chez soi d’abord » ; 2) les enquêtrices du volet recherche de « un chez soi d’abord » ont leur bureau dans les locaux de MARSS où elles reçoivent des personnes pour les inclusions ; 3) De par son travail de rue et sa proximité avec le programme « un chez soi d’abord », l’équipe MARSS est « l’équipe d’amont » qui oriente le plus grand nombre de personne vers ce programme : fin 2012, 72 des personnes incluses dans l’expérimentation « un chez soi d’abord » sont issues de la file active de MARSS ; 4) certaines équipes ont été identifiées comme « équipe de pré-amont » alors qu’elles n’étaient en mesure de pratiquer une évaluation psychiatrique (absence de psychiatre), d’où l’adressage fréquent à l’équipe MARSS.

- *Les modifications des pratiques occasionnées par le programme « un chez soi d’abord »*

Nous avons pu observer plusieurs cas de personnes pour lesquelles les décisions prises par l’équipe l’ont été en fonction des critères d’inclusion de « un chez soi d’abord » (nommé HF, initiale de Housing First, dans l’équipe), comme dans l’encadré suivant :

23/01/2012 – Staff – notes de terrain

L’équipe échange autour du cas de Mme H qui est actuellement hospitalisée dans le service Vega
- elle est pour HF ?
- Oui, mais elle est dans l’offre habituelle⁴⁵

⁴⁵ Un chez soi d’abord est un essai randomisé entre deux bras : le « bras logement » (les personnes ont un accès immédiat à un logement individuel non conditionné par la prise d’un traitement, avec un accompagnement

- Non, elle n'est pas encore incluse
- Donc, ça veut dire qu'il faut qu'elle sorte 7 jours, ensuite elle rentre dans le programme HF. Si elle est dans l'offre habituelle, on continue de s'en occuper.
- Si on la fait sortir 7 jours en hôtel, ça veut dire que les frais sont pour nous.
- pourquoi tu dis que les frais sont pour nous, je n'ai pas compris ?
- parce que, dans le HF, HAS a une enveloppe pour les nuits d'hôtel
- mais on ne l'a pas fait pour tous, Mr C, c'est ses propres revenus
- mais je ne trouve pas ça normal. Si on force les gens à sortir pour HF... soit c'est une décision médicale, ils sortent et ils sortent, dans ce cas-là, c'est eux. Si on les sort simplement pour correspondre aux critères, c'est à nous de les prendre en charge.
- mais tout le projet ne doit pas tourner autour de HF, il faut qu'elle sorte quand c'est le moment pour elle, dans le projet qui lui correspond, mais HF doit venir de manière périphérique. Il ne faut pas qu'elle sorte pour HF.
- la question est, est-ce qu'on la pousse vers HF ?
- Non, elle sort parce qu'il ne faut pas qu'elle reste à l'hôpital. Elle dit « j'en peux plus », c'est sûr et certain. Elle, elle veut un hôtel meublé, on la fait sortir sur un hôtel meublé. Le problème, c'est la pérennité de cette histoire d'hôtel meublé, par rapport à ses revenus (RSA).
- sachant qu'au niveau du fond de secours, il faut se calmer.
- de toute façon il faut l'accompagner et il faut la sortir. À moins qu'on ait une optique d'hébergement
- moi, je ne la vois pas ailleurs que dans un hôtel meublé
- colocation éventuellement, à proposer, mais elle veut un appartement.

D'autres pratiques consistant à « tordre » les profils et parcours de personnes pour qu'elles correspondent aux critères d'inclusion, s'expliquent facilement par le souhait de l'équipe de trouver une solution de logement durable avec un accompagnement de qualité pour les personnes qu'elle suit.

Enfin, l'équipe a étendu son intervention dans les UHU avec l'objectif explicite d'aller vers des personnes qui ne sont pas vues habituellement dans la rue, afin de les inclure dans le programme « un chez soi d'abord ».

médico-socio-éducatif), le « bras offre habituelle » (les personnes ont accès aux offres sanitaires et sociales habituellement disponibles pour cette même population).

- IV -

DISCUSSION

I - Développement et institutionnalisation

L'important développement du dispositif que nous avons décrit va de pair avec un mouvement d'institutionnalisation. Par institutionnalisation, on entend la formalisation, la pérennisation d'une structure sociale et l'acceptation d'un système avec ses règles.

Il est alors important de se poser la question des effets de ce développement et de cette institutionnalisation, tant sur le fonctionnement d'ensemble du dispositif, sur les pratiques des professionnels qui y participent comme sur les objectifs généraux de ce projet.

I - 1 - Eclatement géographique et cohérence d'ensemble

De 2007 à 2009, l'équipe était en format restreint et n'avait comme seul lieu de travail le Marabout du 46 et la rue. Chacun participait à toutes les activités (rue, accueil, accompagnement, hôpital, chez-soi) et chacun pouvait percevoir et vivre de l'intérieur l'ensemble du projet. En quelque sorte, cette unité de lieu et d'équipe participait d'une cohérence générale des activités.

Le développement du programme a donné lieu à un éclatement matériel de l'équipe : une partie est basée au local de la rue Bel-Air, une autre au Marabout du 35 ; certains travaillent dans la rue et d'autres à l'hôpital ; enfin, l'association Les Nomades Celestes et de leur GEM ont déménagé à la rue Jemmap. Ces différents déménagements, emménagements et prises d'activité n'ont pas tous eu lieu au même moment, mais ce processus d'ensemble fait qu'il existe aujourd'hui une pluralité de lieux où travaillent et interviennent les professionnels de MARSS.

En chacun de ces lieux se tiennent des activités particulières et cela correspond de fait à une « spécialisation » de l'activité quotidienne de chacun en fonction du lieu où il est le plus présent. Ce mouvement d'ensemble fait que les acteurs de MARSS sont sortis de la logique du « chacun fait tout, tous ensemble devant tout le monde » pour aboutir à une répartition spatiale des activités. Pour chaque intervenant de l'équipe il y a donc une perte de la vision d'ensemble du projet.

Dans le même temps, les différents professionnels sont recrutés et salariés par des institutions distinctes (HAS et l'APHM), chacune ayant ses modalités de fonctionnement, ses priorités et ses spécialités d'intervention : le logement pour HAS et le soin pour l'APHM. Ce qui nous amène à questionner très directement aussi bien les contours de « l'équipe » que l'identité du projet.

I - 2 - Redéfinir les contours de l'équipe

Si nous parlons de MARSS en tant que dispositif et non en tant qu'équipe, c'est que la notion même d'équipe pose aujourd'hui question.

Alors qu'au départ, équipe, projet et lieu d'intervention étaient regroupés en un seul lieu, le 46 rue Curial, aujourd'hui, le dispositif compte 24 personnes et 5 lieux. Les professionnels se répartissent entre HAS et l'APHM, ou entre l'équipe mobile et celle du Marabout ou entre le pôle rue et le pôle logement... mais aucune de ces dichotomies ne permet de rendre compte des différentes activités conduites ou sur les différents lieux d'intervention.

Seul l'appellation MARSS permet de faire tenir tout cela ensemble, mais faut-il compter le cadre d'HAS, responsable de la gestion du Marabout comme un des professionnels de

l'équipe MARSS, par exemple ? Voilà pourquoi il nous semble préférable de parler de MARSS en tant que dispositif et qu'il est si difficile de parler de l'équipe MARSS en sachant précisément qui fait partie ou pas de cette équipe ?

I - 3 - Question d'identité et perception

On peut alors remarquer que l'histoire de ce dispositif et les différentes institutions qui y ont participé se retrouve encore dans la façon dont les professionnels se présentent aux personnes de la rue comme nous l'avons évoqué plus haut. Certains se réfèrent à Mdm (une figure rassurante « *c'est plus facile pour faire le lien* »), d'autres parlent de l'Assistance Publique (pour la dimension institutionnelle), alors que d'autres encore se présentent comme une équipe médico-sociale faisant du travail de rue.

La même oscillation se retrouve dans la perception de l'équipe par les services extérieurs ou partenaires. Les appellations sont diverses: « équipe de rue », « MARSS », « EMPP » ou « équipe de Bel Air », et nombreux sont ceux qui pensent encore que l'équipe est une association et le Marabout un squat. Cette variabilité témoigne de l'ambiguïté existante autour de l'identité de MARSS, tout en alimentant de la confusion. Cette question de l'identité des professionnels et de l'équipe est importante car elle a un impact sur le travail (par exemple en privilégiant le travail de rue aux dépens de l'accompagnement) et aussi sur la manière dont MARSS s'insère dans les réseaux médico-sociaux intervenant auprès des SDF (notamment les sollicitations nombreuses qui sont adressées à l'équipe pour jouer un rôle de samu psychiatrique).

I - 4 - Evolutions du Marabout

Le Marabout, dans sa première version et au moment de son ouverture était un squat. Ce « choix » d'une structure alternative, illégale dans ses premiers mois d'existence, était avant tout un choix contraint. En ouvrant un squat, les personnes à l'origine du projet pouvaient y mener les activités qu'elles souhaitaient, sans avoir à répondre d'un quelconque règlement institutionnel, dans la limite des contraintes matérielles qu'offraient ce lieu très dégradé.

La légalisation du Marabout, le transfert de sa gestion à HAS et enfin son déménagement dans un immeuble rénové, ont induit des changements considérables dans ses règles de fonctionnement.

Nous avons vu dans une section précédente les changements induits dans le profil des résidents, et le fonctionnement quotidien de la structure. En effet, si le projet de départ (hiver 2007) prévoyait un mode de fonctionnement autogéré, sans professionnel sur le lieu, il y a aujourd'hui 4 professionnels qui y travaillent, aussi bien pour entretenir le lieu que pour assurer les tâches quotidiennes (courses alimentaire, ménage, hygiène) ou les accompagnements divers des résidents, auxquels s'ajoutent les interventions de différents soignants (infirmiers et kinésithérapeutes libéraux ou membres de l'EMPP). La participation des résidents aux activités quotidiennes et le travail d'accompagnement sur leur projet personnel qui étaient deux dimensions fondamentales du projet initial, se trouvent considérablement remises en question par l'évolution du profil des résidents dont nous avons expliqué la cause précédemment.

Un autre point de changement important est que le fonctionnement du squat en 2007 et 2008 permettait d'utiliser le lieu comme une alternative à l'hospitalisation (forme d'hospitalisation à domicile de personnes sans domicile) et de proposer un dispositif d'amont ou pouvait se préparer une hospitalisation dans de meilleures conditions que directement depuis la rue. Le chemin pris de l'institutionnalisation du lieu, et le choix de la résidence accueil comme ligne

budgétaire, choix qui semble avoir été décidé par l'ARS et la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) contre l'avis des promoteurs du projet, a rendu caduque cette possibilité.

Par ailleurs, l'institutionnalisation du dispositif amène de nouvelles contraintes dans ses règles de fonctionnement. En effet, tant que le Marabout était un dispositif fonctionnant en dehors de tout cadre institutionnel existant, les droits sociaux et la situation administrative d'une personne n'étaient pas des critères pris en compte pour pouvoir l'héberger.

Aujourd'hui, du fait de l'équilibre financier à maintenir pour la résidence accueil, il semble nécessaire pour HAS de limiter le nombre de personnes hébergées qui sont dépourvues de droits sociaux. En effet, l'ouverture de droits est une condition nécessaire pour que les résidents bénéficient d'allocations sociales correspondantes à leurs situation (Allocation logement, AAH, etc...), principal moyen pour eux de s'acquitter du modeste loyer. De même la régularité des résidents est une condition nécessaire pour que HAS puisse continuer de bénéficier du financement de « résidence accueil ». De fait, si aujourd'hui certains résidents du Marabout sont encore sans droit ni titre, leur nombre est calculé au plus juste (4 personnes maximums sur les 13 résidents) pour maintenir au mieux la viabilité économique du dispositif.

Cette évolution amène alors à une situation paradoxale. Faute de personnes présentant les critères nécessaires à l'accession au Marabout, il arrive que certaines chambres restent libres pendant plusieurs semaines, alors même que l'équipe de rue ne parvient pas à trouver de solution d'hébergement pour des personnes en situation irrégulière.

Les évolutions du dispositif directement induites par le processus d'institutionnalisation de la structure, soulèvent des questions sur les objectifs même du lieu. En passant d'un lieu d'accueil pour les personnes les plus démunies en fonctionnement autogéré à un lieu filtrant les entrées sur des critères de droits sociaux, et où l'intendance est assurée par des professionnels salariés, c'est l'essence même du projet qui a été modifié.

Initialement prévu comme un « lieu soignant », où le fait même d'y être hébergé participe d'une démarche de soin induite par la personne elle-même, le Marabout est aujourd'hui un centre d'hébergement et de stabilisation « *low cost* » où interviennent des soignants.

I - 5 – CIMAISE : Dossier médical et saisie de l'activité

Il existe deux enjeux au moins à la mise en place du logiciel CIMAISE début 2007 à l'AP-HM. D'une part il s'agit de mettre en place un Recueil d'Informations Médicalisé pour psychiatrie (RIM-P) avec l'objectif d'avoir un outil de valorisation des actes d'un point de vue économique. Il s'agit donc en premier lieu de créer les conditions de possibilité d'une tarification à l'acte en psychiatrie, secteur des soins qui jusqu'à aujourd'hui est financé sur une enveloppe globale (Le Bronnec, 2008)⁴⁷. L'autre raison mise en avant - et non des moindre - est celle de l'information médicale partagée entre soignants (Leblondel & Frydman 2010). Selon Le Bronnec (2007) il y a une confusion entre enjeux sanitaires et enjeux économiques chez certains professionnels utilisant CIMAISE. Selon une étude d'opinion réalisée en 2008, il existe un certain degré de résistance chez les professionnels de l'AP-HM interrogés. Si 100 % des médecins interrogés se déclarent satisfaits, seulement 59 % des infirmiers déclarent l'être, alors qu'ils représentent la grande majorité des professionnels de santé.

L'équipe MARSS a demandé en 2008 à pouvoir accéder à CIMAISE, via des ordinateurs portables et une connexion par wifi à CIMAISE. La connexion était lente, très souvent interrompue et rendait l'utilisation de CIMAISE et la saisie des données aléatoires. L'accès à un local en 2010 a créé les conditions permettant une saisie plus facile (accès internet permanent), bien que seuls 5 ordinateurs (pour 17 professionnels) étaient installés. Si les informations médicales (observation médicale, diagnostic, traitement) et les données sociales ont commencé à être renseignées par les professionnels de MARSS, les informations concernant la saisie de l'activité l'a été plus difficilement car les professionnels y voient moins d'utilité directe dans leur quotidien⁴⁸.

Au-delà de la résistance liée à la confusion entre bénéfice pour les soins *versus* motivation comptable, l'absence de la culture de l'écrit de la plupart des professionnels médicaux et paramédicaux de l'équipe (comme dans d'autres secteurs des soins, voir Sarradon-Eck et al, 2004), est ici un élément important dans ce comportement collectif.

Pour autant, cette résistance ou cette absence de renseignement informatique de l'activité professionnelle peut avoir des conséquences délétères. Elle peut nuire au suivi des patients, puisque des informations médicales ou sociales les concernant resteront inconnues des autres services psychiatriques de l'AP-HM, où ils sont susceptibles de se rendre, voire de MARSS (cf CH.III, partie II - 6 - 3 - Multiplication, dispersion et cimaise, page 115, l'exemple de Mr K).

⁴⁷ La société qui vend le logiciel avance d'ailleurs dans sa plaquette de présentation de 2010 qu'un des intérêts de CIMAISE est que « L'introduction progressive par la Direction des Hôpitaux du PMSI, puis à présent du RIM va permettre d'affiner la mesure de l'activité, afin de réaliser un instrument médico-économique contribuant à l'attribution effective des ressources ».

⁴⁸ Ces deux paragraphes ont été rédigés par le Dr Vincent Girard.

II - Oscillation entre deux modèles d'intervention

L'observation prolongée de l'activité de l'équipe au cours des 18 mois d'enquête a montré une oscillation entre deux modèles d'intervention : le modèle de soin auquel l'équipe aspire (un modèle de soins axés sur le rétablissement) et un autre modèle que l'on peut qualifier « d'urgence médico-sociale ».

II - 1 - Définition des modèles

Succinctement, nous pouvons présenter ces deux modèles d'intervention de la façon suivante :

II - 1 - 1 - Rétablissement

Selon la philosophie du rétablissement définie par L. Davidson (2009), des soins « orientés autour du rétablissement » (*recovery oriented care*) sont centrés sur les objectifs suivants pour l'utilisateur : retrouver l'espoir d'un avenir meilleur ; appropriation du pouvoir d'agir sur sa vie ; autonomie, voire autogestion de la maladie ; amélioration du fonctionnement psychique et social pour améliorer sa place et son statut dans la société, pour retrouver un rôle reconnu par la société ; poursuite d'une vie gratifiante, en dépit de la maladie, par un sens nouveau donné à sa vie ; participation des usagers qui retrouvent une position active.

C'est donc un modèle d'intervention qui s'appuie avant tout sur les forces et les préférences de l'individu.

II - 1 - 2 - Urgence médico-sociale

Pour l'équipe il s'agirait d'un modèle de « l'urgence médico-sociale » qui peut être défini de la façon suivante : « distribution d'aide ponctuelle pour faire face immédiatement à une situation donnée » (Outin et Pétour, 2001 : 9). C'est, par exemple, le modèle du samusocial pour l'intervention dans la rue, celui de l'hôpital pour le traitement de la maladie et de l'hébergement d'urgence pour la mise à l'abri des dangers de la rue.

Ce modèle n'implique pas nécessairement de cohérence et de continuité entre ces différents moments. Il se fait donc aux dépens d'une prise en charge globale de la personne et d'un accompagnement et il ne vise pas à modifier durablement les conditions d'existence de la personne mais consiste bien en une « Aide ponctuelle pour faire face immédiatement à une situation donnée ».

L'oscillation entre les deux modèles ainsi définis se retrouve dans toutes les activités de l'équipe comme nous allons le voir.

II - 2 - Travail de rue et population cible

Dans le modèle de l'urgence, il s'agirait de répondre à tous les signalements qui sont adressés à l'équipe. Au cours des tournées de rue, l'objectif serait de détecter toutes les personnes susceptibles d'entrer dans la file active (en privilégiant donc les tournées exploratoires) et essayer de les y faire entrer.

À l'inverse, une intervention sur le modèle du rétablissement demanderait de centrer l'essentiel du travail sur la création de lien et sur l'accompagnement. Cela implique de suivre un nombre limité des personnes et de concentrer l'activité sur les situations déjà connues et

identifiées par les professionnels pour faire évoluer chacune d'entre elle à son rythme. Le choix de ce modèle demande alors de laisser de côté un certain nombre de situations encore mal identifiées et de ne pas répondre à toutes les interpellations qui peuvent être adressées à l'équipe.

L'oscillation observée dans les pratiques et identité des professionnels de l'équipe :

L'identité historique MARSS en tant qu'« équipe de rue » a attiré essentiellement des professionnels désireux de faire du travail de rue. Or, avec le développement de l'équipe et l'accroissement du nombre de professionnels, ce travail de rue s'est révélé être une source potentielle de dysfonctionnements et de remise en cause du projet de réhabilitation psychosociale. En effet, les nouveaux contacts dans la rue sont quotidiens et les personnes rencontrées se trouvent souvent dans des situations d'urgence médicale et ou sociale. Du fait de la présence d'un médecin généraliste et addictologue dans l'équipe, MARSS tend à intervenir de plus en plus auprès de personnes qui n'entreront pas dans sa file active.

Dépister, évaluer, recenser ces nouvelles situations et parer au plus pressé afin d'éviter une dégradation de la situation se faisait donc au détriment d'un accompagnement, d'un suivi sur le moyen ou long terme des personnes déjà entrées dans la file active de l'équipe.

De fait, on observe une tendance forte à pencher dans le modèle de l'urgence, principalement pour deux raisons :

1) Le travail de rue est une source de plaisir lors de sa réalisation (allez à la rencontre de nouvelles personnes) mais il est aussi une source de satisfaction de l'action accomplie (sauver des situations urgentes). Ainsi, cette pratique du travail de rue selon le modèle de l'urgence, par l'immédiateté des réponses qu'elle appelle permet le développement d'un sentiment du « travail accompli ». De plus, la rencontre dans la rue et l'identification du problème demeurent les phases les plus « rapides » du travail. Même s'il est nécessaire de rencontrer une personne pendant plusieurs mois pour établir un contact, cela reste relativement rapide comparé aux nombreuses années que prendra son rétablissement.

2) Le rétablissement des personnes est un processus long à l'issue incertaine, qui se révèle extrêmement chronophage : un professionnel peut passer une demi-journée avec une seule personne, il doit accomplir de nombreuses tâches qui peuvent facilement être considérées comme étant « ingrates » (accompagner les personnes à la poste, aux accueils de jour, aux Nomades, faire la queue à la sécurité sociale, à la banque, etc...). Ces tâches peuvent générer un sentiment de perte de temps et d'inefficacité, à l'exact opposé du travail de rue dans l'urgence et de l'image que se faisaient les professionnels du travail mené par l'équipe avant d'y postuler.

II - 3 - Accompagnement au chez-soi

Dans le modèle de l'urgence il s'agit avant tout d'une mise à l'abri. De procurer un logement à la personne pour la protéger des conditions de vie dans la rue.

Dans celui du rétablissement, l'accession au logement correspond à la reconquête d'un espace personnel de vie, de compétences sur l'habiter et la conduite de la vie quotidienne et à la récupération d'un statut et d'un rôle social.

En pratique, par manque de temps et par hiérarchisation des priorités dans un modèle de soin mal stabilisé, l'objectif de l'équipe est souvent de permettre aux personnes d'accéder à un logement, qu'il soit collectif (Marabout) ou individuel (hôtel ou appartement), ce qui correspond à une sortie de l'urgence par une mise à l'abri. L'accession au logement devenant un objectif à part entière et non plus un moyen du rétablissement.

II - 4 - Objectifs et organisation des staffs

La même tension parcourt les staffs : s'agit-il de décider des actions à mener le plus rapidement pour parer au plus pressé (modèle de l'urgence) ou de faire le point sur la situation des personnes et d'envisager le champ des possibles (modèle du rétablissement).

Pris dans l'urgence matérielle, qu'il s'agisse des personnes vivant dans la rue ou pour celles en appartement, l'objectif des staffs est souvent de parer au plus pressé, d'identifier et de planifier l'action à conduire impérativement dans la semaine pour éviter que la situation n'empire (par exemple : réparer le chauffage ou déboucher les toilettes d'un appartement). Les quelques cas cliniques qui sont organisés autour d'une personne en particulier ne suffisent pas à rattraper cet écart entre les aspirations de soins au rétablissement et la pratique dans l'urgence.

II - 5 - Accès aux soins, au lieu, travail en réseau, etc...

Cette oscillation entre deux modèles d'interventions se retrouve aussi dans les conditions d'accueil des personnes dans les locaux de l'équipe (cf. la partie « accueil » dans la section précédente), dans les horaires et les objectifs des consultations, ainsi que dans le travail en réseau développé avec les autres structures intervenant auprès d'un public similaire.

Ainsi, les réseaux mobilisés par l'équipe concernent principalement les structures qui proposent un hébergement ou du soin (LHSS par exemple), ou les accueils de jours qui proposent repas, douches, vestiaire etc. L'accent est mis sur les ressources matérielles ; sur la mise à l'abri. En revanche, les structures qui proposent de l'animation socio-culturelles ne sont quasiment pas utilisées ou mobilisées. En dehors des rares sorties en mer avec l'association « bout de mer », il n'y a pas eu de partenariat avec d'autres associations proposant des activités culturelles. Il n'y a pas eu non plus de partenariat avec Pôle emploi pour travailler sur la réinsertion par le travail.

II - 6 – L'accès au rétablissement

Du fait de cette oscillation et des choix qui sont opérés sous le coup de l'urgence, pour parer au plus pressé, l'équipe se prive des possibilités et ressources offertes par d'autres structures sociales ou médico-sociales. De fait, toute une partie du processus de rétablissement n'est pas prise en compte dans la conduite du programme MARSS.

Cela peut s'expliquer en partie par un manque de moyens humains ; cela s'explique surtout par une répartition des tâches au sein de l'équipe qui, jusqu'au premier novembre 2012, a privilégié le traitement de l'urgence aux dépens du rétablissement avec, pour conséquence, une concentration des professionnels et de leur activité sur la mise à l'abri, l'accès aux droits et aux ressources qui sont les premiers paliers les plus rapidement franchis dans le processus de rétablissement pour des personnes en situation d'exclusion extrême. Le fait que les professionnels de l'équipe se concentrent avant tout sur ces éléments découle d'une approche pragmatique au vue des ressources tant sociale, économique et politique qu'humaine et matérielle disponibles dans le moment présent des actions entreprises.

III - Relation professionnels/bénéficiaires

La relation soignant-soigné (ou médecin-malade, ou professionnel-bénéficiaire) comporte deux dimensions (Sarradon-Eck, 2002) :

- une dimension thérapeutique : une relation est dite thérapeutique lorsque le médecin/soignant/professionnel a une influence positive sur le traitement qu'il prescrit (en terme d'adhésion au traitement ou en termes d'efficacité)
- une dimension sociale : la relation soignant-soigné est une relation sociale puisqu'elle est la rencontre entre deux acteurs (le soignant et le soigné), tous deux membres de groupes sociaux divers, et engagés dans une action réciproque (le soin).

III - 1 - La question de la « bonne » distance professionnelle

Nous avons vu que la proximité physique et sociale dans les activités partagées et la familiarité sont une des caractéristiques des modalités relationnelles de cette équipe. L'atténuation de l'asymétrie dans la relation soignant-soigné, intrinsèque à cette relation sociale facilite l'*empowerment* et l'autonomisation des bénéficiaires.

Cependant, la réduction de la distance sociale entre soignant et soigné favorise l'émergence des affects, les amplifie pouvant mettre en danger la dimension thérapeutique de la relation, comme le suggère l'extrait d'entretien suivant :

« Ce lien fort qu'on est capable de faire avec les personnes parce qu'on a une proximité qui est plus importante que dans d'autres équipes hospitalière, ça nous piège aussi. C'est un vrai levier pour faire bouger les gens, pour remettre en route le désir, la réflexion, le cheminement et tout ce que tu veux, ce lien. Mais après, nous on est tellement bien qu'on n'a pas envie de les lâcher les gens et c'est ça qui ne va pas non plus. Du coup, on a beaucoup de mal à orienter. » [E]

III - 2 - Les effets de la spatialisation des relations

Quitter la personne que l'on soigne ou avec laquelle on a créé un lien est un aspect particulier de la relation soignant-soigné. Quelle que soit la situation, il n'est jamais aisé de quitter une personne en souffrance, ou dont l'état se dégrade, lorsque l'on a terminé son temps de travail. Cependant, ce sera moins difficile pour le soignant lorsque que le patient est hospitalisé ou s'il est chez lui entouré de sa famille ou d'amis. En effet, même si le patient se trouve dans une grande détresse physique et/ou psychique, le soignant qui part sait que le patient va continuer à bénéficier des soins dont il a besoin, et qu'il y a à proximité directe du personnel compétent pour s'occuper de lui, ainsi qu'un repas chaud, un lit, soit un cadre relativement adapté à la protection de cette personne en situation de grande vulnérabilité.

Cependant, dans le cadre du travail de rue, il est souvent éprouvant pour les professionnels de l'équipe d'aller rencontrer une personne, de passer un moment avec elle, puis de la quitter sans ne rien pouvoir changer à sa situation immédiate.

« À l'hôpital ils les ont 24/24h. Quand on part à 6 heures, on ne se demande pas « où est-ce qu'il va aller dormir ce soir ? Est-ce que ce soir il va se faire agresser ? Est-ce que ce soir cette jeune fille va se faire violer ? ». C'est un peu ça quoi. On n'a pas les mêmes problématiques. Quand on est à l'hôpital, on a une certaine sécurité aussi, mais on n'a pas... on peut facilement se détacher affectivement en se disant « il y aura d'autres personnes qui seront là ». Moi, quand je sortais d'un service hospitalier, quand j'y travaillais, quand un patient était vraiment mal, ben j'avais fait ce que je pouvais pour lui dans la journée, le soir je pensais à autre chose. Quand on fait du travail de rue, on s'y habitue au final, on arrive à devenir comme ça, mais c'est quand même beaucoup plus difficile. » [E]

III - 3 - Effacement de la distinction entre lieu travail et lieu de vie

Une des conséquences pour les professionnels qui effectuent des maraudes du fait d'avoir des bureaux à ciel ouvert, est que leur lieu de travail (les rues du centre ville) est aussi un lieu qu'ils investissent dans leur vie quotidienne, soit parce qu'ils vivent dans le centre ville, soit parce qu'ils s'y promènent en fin de semaine ou en soirée. Par conséquent, la coupure avec le lieu de travail est plus difficile à établir, le fait de quitter son lieu de travail matérialisant pour la plupart des gens la fin de la journée de travail.

Il devient difficile, pour ne pas dire impossible, de faire son marché, accompagner ses enfants à l'école, ou de simplement se promener sans croiser une personne de la rue rencontrée quotidiennement dans le cadre du travail. Certains professionnels ont des difficultés à « décrocher » et vont saluer⁴⁹ ces personnes, ce qui crée des tensions familiales. D'autres parviennent à cloisonner vie professionnelle et vie privée. Cette superposition n'est pas spécifique à cette équipe, tous les professionnels de proximité la connaissent bien. Ce qui est singulier, c'est de maintenir une distance émotionnelle pour se préserver, voire d'ignorer des personnes avec lesquelles les professionnels tentent de créer un lien, ou de l'entretenir. Comment justifier auprès d'une personne le fait de s'arrêter discuter avec elle du lundi au vendredi et de ne pas le faire le soir et le week-end ? À l'inverse, comment préserver un espace de vie privée et de sortie en famille ou entre amis sans tenir compte des personnes que l'on connaît et qui dorment dans la rue ?

Cette tension entre vie professionnelle et vie privée, lorsque le lieu de travail est la rue, se complexifie par le fait que les professionnels de MARSS s'inscrivent dans une pratique psychiatrique qui vise à l'inclusion sociale des personnes sans abri, y compris dans les interactions sociales ordinaires. En effet, l'espace public est le théâtre où se construisent les représentations sociales. Pouvoir saluer une personne sans abri que l'on soigne par ailleurs, dans cet espace en s'adressant à elle comme une connaissance et non pas comme à une personne malade, a des effets sur les représentations, non seulement des deux acteurs concernés mais aussi des spectateurs présents. Ces modalités relationnelles résultent de la possibilité d'oublier son rôle de soignant pour prendre celui de citoyen ayant intégré les conséquences de l'exclusion sociale qu'il peut produire, lui aussi, tous les jours, dans l'espace public. Pouvoir mettre en pratique, en-dehors du cadre professionnel officiel, une éthique du *care* n'est pas chose facile. C'est pourtant dans ces situations où la limite devient floue, que des barrières peuvent tomber, et qu'un monde commun peut se constituer en-dehors de celui de la psychiatrie et de l'aide à la personne. La relation peut devenir non plus thérapeutique au sens médical mais au sens social, citoyen et existentiel. Ce n'est plus un professionnel qui prend soin d'un malade, mais des citoyens qui prêtent attention les uns aux autres. Cette normalité relationnelle est un outil parfois utile pour atteindre ce type de construction relationnelle, loin des standards actuels de la psychiatrie. Les professionnels de MARSS savent, plus ou moins consciemment, qu'instituer un monde commun avec les personnes en situation d'exclusion extrême passe nécessairement par ce partage d'autre chose que le vecteur du soin, quelque chose de plus personnel et général, de plus normal⁵⁰.

Cette question du cloisonnement entre vie professionnelle et vie privée est particulièrement prégnante pour certains professionnels dont l'engagement professionnel entre en concurrence, voire en conflit, avec la nécessité de se préserver. Ce qui les amène à se justifier lors des staffs du lundi d'avoir croisé une personne de la rue pendant le week-end sans être allés lui parler.

⁴⁹ Voire interviennent s'ils sont témoins de violence envers ces personnes.

⁵⁰ Ce paragraphe a été rédigé par Vincent Girard

IV - Innovation/Reproduction

L'équipe MARSS se présente, et est présentée par l'institution qui la gère, comme un « dispositif innovant ». Notre objectif n'est pas tant de montrer si il est ou non une innovation, mais de comprendre les effets de cette présentation et catégorisation, en termes de développement de l'équipe mais aussi de dysfonctionnements.

IV - 1 - Hiérarchie

L'équipe s'est construite en réaction aux insuffisances constatées dans la prise en charge institutionnelle des personnes sans abri qui « dérangent » les services où elles sont admises du fait de leur mode de vie et de leur éloignement du système de santé (Fournier et Mercier, 1995). De ce mode de construction « contre » ou « en réaction à » découle l'idée de développer un modèle de soin singulier, mais aussi d'inventer une organisation d'équipe qui rompt avec l'organisation pyramidale caractéristique de l'institution hospitalière.

IV - 1 - 1 - Horizontalité VS incorporation des hiérarchies

MARSS a donc voulu construire une équipe sans hiérarchie, une organisation « horizontale » dans laquelle tous les professionnels ont le même droit à la parole et à la prise de décision, où la division du travail est moins marquée que dans les services hospitaliers, où chacun a une relative autonomie dans son travail et où le travail médical n'est pas surplombant par rapport au travail social.

Cependant, dans le fonctionnement quotidien de l'équipe, on observe une oscillation entre cette aspiration à l'horizontalité et la reproduction d'un fonctionnement hiérarchique plus classique. Par exemple, dans certaines situations il y a une égalité de parole entre tous les membres de l'équipe, mais bien souvent, ce sont les médecins qui prennent la décision finale. De fait, on a à la fois une absence de hiérarchie codifiée (avec l'autonomie dans le travail, la souplesse dans les relations interpersonnelles, la liberté de parole), mais des principes hiérarchiques latents ou sous-jacents qui sont opérant. Ces rapports hiérarchiques sont incorporés dans les comportements quotidiens de chacun. On les retrouvera par exemple dans des situations banales :

- qui peut faire quel reproche à qui et de quelle manière.
- qui s'auto-dispense de participer à des réunions ou des moments collectifs où la participation de tous est obligatoire.

Cette incorporation des hiérarchies qui reproduit le schéma pyramidal de l'hôpital universitaire n'est pas un effet structurel de l'équipe ou de son organisation ; elle est une conséquence de la socialisation professionnelle des professions médicales et paramédicales.

La tension entre horizontalité et hiérarchisation des statuts professionnels a des conséquences. En effet, lorsque la hiérarchie s'exprime clairement et ouvertement, elle est acceptée sans discussion ou bien elle est critiquée ouvertement. Mais lorsqu'elle est informelle, et que les principes hiérarchiques agissent sans se dévoiler, les décisions actées sont mal comprises, mal interprétées et n'obtiennent pas l'adhésion des membres de l'équipe. A titre d'exemple, citons l'insuffisance de remplissage des tableaux de la FA dont nous avons parlé plus haut, la difficulté à instaurer et à attribuer deux « référents » à chaque personne de la FA, ou encore l'alternance des staffs concernant les personnes logées au Marabout qui devaient se dérouler alternativement au Marabout en présence des personnes et dans le local de MARSS.

De plus, devant l'instabilité des décisions prises (au niveau des soins, comme au niveau du fonctionnement interne du dispositif) l'équipe a ressenti le besoin d'une autre forme d'organisation qui associe l'autonomie laissée à chacun dans la conduite de ses activités, et une organisation un peu plus hiérarchisée dans laquelle les responsabilités seraient moins diluées. Notre présence et la restitution de nos analyses ont œuvré dans ce sens, et l'arrivée d'un nouveau coordinateur thérapeutique en mai 2012 a formalisé un organigramme « classique » avec des responsables de pôles. Cette redistribution des responsabilités ayant pour objectif une meilleure coordination de l'activité à l'intérieur de chaque pôle, et non l'établissement de nouvelles formes de pouvoir.

IV - 1 - 2 - Polyvalence des professionnels VS délégation des tâches

De l'idée de construction d'une équipe « en réaction à », découle le principe que tous les intervenants de l'équipe soient polyvalents et puissent réaliser n'importe quelle tâche qui incombe « à l'équipe ». Evidemment, certaines tâches font appel à des compétences et des savoirs faire très spécifiques et dépendent donc d'un groupe professionnel particulier. Ce sont donc, par exemple, les médecins qui font les consultations et les assistantes sociales qui s'occupent des dossiers de renouvellement des droits.

Dans la perspective d'une réhabilitation psycho-sociale, il y a aussi de nombreuses tâches dont on suppose qu'elles peuvent être réalisées par tous, voire par n'importe qui. Mais suivant l'intérêt pratique ou la valeur symbolique de la tâche en question, elle sera plutôt appropriée par tous ou plutôt déléguée à certains. De fait, tous (ou presque) ont envie de participer aux tournées de rue, sans que cela soit justifié par la spécificité professionnelle des uns ou des autres. En revanche, personne (ou presque) n'a envie de faire les déménagements, les accompagnements à la poste, l'ouverture de compteur EDF, la désinsectisation des logements, etc... Toutes ces tâches n'étant pas inscrites dans les missions professionnelles définies par les fiches de poste, elles peuvent donc être réalisées par n'importe qui. Cependant, dans les faits elles sont généralement déléguées aux infirmières et aux médiateurs.

La délégation des tâches les moins valorisées (techniquement, pratiquement ou symboliquement) correspond à une division du travail très classique qui recoupe fortement la question de la hiérarchisation des postes dans l'équipe. Cette redistribution/délégation implicite et inavouée des tâches les moins valorisées crée une gestion « d'entre deux » pouvant suivant les situations être *émancipatrice*, puisque chacun se sent libre, responsable et compétent, ou à l'inverse très *destructrice* s'il existe un sentiment de relégation dans des basses besognes qui requièrent peu de qualification, questionnant parfois le sens de ce travail (et surtout « pourquoi c'est à moi de le faire ? »).

IV - 2 - Consultation

Les transformations de « l'accueil » que nous avons décrites plus haut ont comme conséquence de formaliser les temps de consultation limités aux créneaux horaires du mardi après midi (consultations médicales) et jeudi après-midi (consultations sociales). Ainsi, à partir du mois de juillet 2012, même si les personnes se présentent à 13 heures (ce qui est fréquent puisqu'elles sont habituées à prendre place dans une file d'attente dans les administrations et pour obtenir un lit dans les UHU), les professionnels ne sont pas autorisés à leur ouvrir la porte. Ce qui génère des situations de violence institutionnelle lorsque les personnes viennent frapper aux fenêtres ouvertes et que les professionnels leur expliquent qu'ils ne peuvent pas ouvrir les portes. Pour les professionnels placés dans cette situation de refus d'accueil, le sentiment de maintenir une situation « d'enfermement dehors » est en contradiction avec les raisons qui les ont amenés à travailler dans cette équipe

Dès lors, depuis cette transformation de l'accueil, les locaux de l'équipe ne sont plus un lieu de soins alternatifs, mais fonctionnent comme n'importe quel CMP assurant des consultations et des VAD pour les personnes en appartements thérapeutiques.

MARSS ne serait donc qu'un CMP pour SDF ? Ce qui est en soi une innovation puisque la plupart des CMP marseillais suivent très peu de SDF (1,32% selon N. Payan, Payan 2008).

V - Le poids des idéologies

Depuis ses origines, le programme MARSS repose sur un ensemble d'idéaux (rétablissement, horizontalité, *empowerment*) qui ont en commun d'être en opposition avec le modèle de soin bio-médical dominant, ou en rupture avec un certain nombre d'éléments prépondérants dans la société française contemporaine.

Cet ensemble conceptuel visant à réformer les politiques d'interventions médico-sociales auprès des sans abri – y compris à l'intérieur de l'institution hospitalière – afin qu'elles soient en accord avec les recommandations de l'OMS, se caractérise alors par des refus, des ruptures et des revendications :

- à l'égard de la société : les acteurs de ces dispositifs revendiquent de lutter contre les inégalités sociales, contre le libéralisme. Ils s'inscrivent parfois dans un mouvement de désobéissance civile (illustré notamment par l'ouverture du Marabout comme squat thérapeutique ou par le secours aux personnes en situation irrégulières).
- à l'égard de la médecine : avec le refus d'une culture élitiste qui seraient aux seules mains des professionnels, avec la contestation de la notion de pouvoir et des rapports hiérarchiques si présents dans l'institution hospitalière. Ce qui conduit à valoriser le savoir expérimental des travailleurs pairs et leur place dans le système de soins, à tenter d'inventer une organisation du travail moins hiérarchisée, et à construire des relations professionnels/bénéficiaires qui soient moins asymétriques.
- à l'égard de la psychiatrie à laquelle il est reproché sa « brutalité allopathique », pour reprendre les termes de Laplantine et Rabeyron (1987), par exemple en écrasant les symptômes avec des doses chimiques massives. Face à cela, le modèle de soins proposé prône une médecine centrée sur le malade, notamment, à travers le concept de *recovery*, qui s'attache moins à réduire la symptomatologie qu'à mettre en avant et à développer les compétences des personnes malades.

Cependant, la mise en œuvre de leurs idéaux amène souvent à en revoir la portée et questionne la plupart du temps la dimension pratique qu'ils recouvrent, comme nous allons le voir dans les paragraphes suivants.

V - 1 - La « peer illusion⁵¹ »

Le recrutement de médiateurs de santé dans le dispositif MARSS repose sur l'idée que l'expérience vécue de la maladie et de ses conséquences sociales fonde un savoir pratique et non institué différent du savoir universitaire (Girard et al., 2006).

D'une façon générale, cette idée œuvre dans le sens d'une reconnaissance des compétences des usagers, qu'il s'agisse d'usagers de drogue, d'anciens malades, de personnes qui ont vécu dans la rue ou toute autre situation marquant suffisamment un parcours biographique pour en être une bifurcation. Cette simple idée prend en elle-même le contrepied du savoir le plus répandu qui considère la maladie, la grande précarité, l'addiction avant tout comme une fragilité et un handicap que comme une richesse ou un savoir.

De façon plus spécifique, dans le domaine du soin, de la santé mentale et de l'action médico-sociale, l'idée sous-jacente est que ces expériences vécues, ce qu'elles prodiguent comme connaissance à celui qui les a éprouvées et la mobilisation de ces éléments en situation sont une ressource considérable pour l'accueil et l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours de soin (cf. partie sur les médiateurs, p.99).

Aussi justes que puissent être ces analyses concernant les connaissances et compétences acquises par l'expérience personnelle et le vécu, il est illusoire de considérer ces connaissances et compétences comme suffisantes à l'exercice de la fonction de médiateur de santé-pair. En effet, la connaissance de la vie dans la rue n'est pas assimilable à une connaissance du travail de rue. Au même titre que l'expérience des soins psychiatriques et de la maladie mentale, n'équivaut pas à une compétence d'accompagnement des patients.

Deux remarques découlent alors de cela :

1) La première question qui se pose concerne l'intérêt de la dimension de pair dans la réalisation du travail de rue.

Nous avons vu plus haut que cette qualité de pair, aussi utile qu'elle puisse être par la connaissance directe qu'un médiateur peut avoir des personnes rencontrées dans la rue, est aussi une qualité qui s'érousse avec le temps. En effet, plus l'ancien de la rue intègre l'équipe, plus il se rétablit et plus il s'éloigne du monde de la rue, de ses comportements et habitudes. Inéluctable dans le processus de rétablissement du médiateur, cette évolution est aussi souhaitable pour le médiateur lui-même.

L'autre intérêt de l'implication des pairs dans ce travail de rue réside dans la transmission des savoirs sur la vie dans la rue, auprès des autres professionnels de l'équipe. Mais cette transmission de connaissances, très utiles pour « lire la rue », en comprendre les règles, les usages et les habitudes de ceux qui l'habitent, ne dure qu'un temps. Une fois « formés » les professionnels de l'équipe n'ayant pas connus la rue se révèlent tout aussi efficace (et parfois plus) que les médiateurs pour réaliser ce travail de rue. Ne reste plus alors que la fonction de médiation que peuvent réaliser ponctuellement certains médiateurs auprès d'une personne qui refuse de parler avec un psychiatre ou plus généralement un soignant membre d'un service de psychiatrie.

⁵¹ Nous devons cette expression à Niklas Luhman lors de son intervention « Réflexions et état des lieux dans les projets internationaux (réduction des risques) de MdM et expérience du projet Afghanistan, *Niklas Luhman et Marie Lussier, Séminaire « Travailleurs pairs » organisé par médecins du Monde, MARSEILLE, 22-23 JUIN 2012.*

Ainsi, continuer d'impliquer des médiateurs dans le travail de rue exploratoire relève avant tout d'une fonction symbolique (incarnation du rétablissement et lutte contre la stigmatisation) que d'une réelle nécessité.

2) La seconde remarque porte sur l'usage qui peut être fait de ces savoirs d'expérience. Sans revenir sur les situations où ces connaissances se révèlent utiles, encore faut-il constater qu'elles ne se suffisent pas à elles-mêmes.

Pour être pleinement valorisées, ces connaissances doivent être utilisées à bon escient, mobilisées dans des situations qui s'y prêtent mais surtout complétées par d'autres connaissances méthodologiques, théoriques ou pratiques qui peuvent, elles, s'acquérir par un enseignement formel ou par imprégnation.

Nous soulignons alors l'importance d'un encadrement adapté des médiateurs dans leur travail et dans leur fonction. La dimension expérientielle recouvrant par définition des frontières très floues, il est d'autant plus important pour les médiateurs, comme pour les équipes qui les accueillent de définir le cadre de l'intervention des médiateurs, les fonctions qu'ils doivent occuper tout comme les raisons et motivation qui ont conduit l'équipe à les recruter.

Cet apprentissage nécessaire du rôle et de la fonction de médiateur, vient rappeler qu'il ne suffit pas d'avoir été malade ou à la rue pour être médiateur, encore faut-il apprendre à transformer les savoirs expérientiels en connaissances objectivables. C'est dans la mobilisation de ces connaissances particulières à des fins d'accompagnement des personnes que se trouvent les compétences professionnelles spécifiques des médiateurs de santé pair ; tout autant que dans leur vécu et leur parcours biographique (Musso, à paraître).

V - 2 - La « santé communautaire » et l' « empowerment » à l'épreuve des faits

L'*empowerment* et la santé communautaire sont deux concepts clefs dans le développement du programme MARSS. L'un comme l'autre mettent les bénéficiaires d'une action au centre de l'élaboration, du développement et de la mise en œuvre de cette action. L'enjeu majeur de la mise en pratique de tels concepts réside dans l'implication des patients dans toutes les phases du programme.

Dominique Desplats et Clément Razakarison (2012) donnent la définition suivante de la santé communautaire :

« Santé Publique au niveau local avec la participation des habitants :

- La santé publique au niveau local comprend toutes les activités non curatives des huit composantes des soins de santé primaire, tout ce qui relève du préventif et de l'éducatif
- La participation des habitants, que l'on appelle la « participation communautaire », fait référence au « processus social » qu'un groupe de personnes engage concrètement pour répondre à un problème de santé » (Desplats et Razakarison, 2012 : 38)

À partir de cette définition, ils présentent trois positionnements possibles dans les relations des médecins avec la population à laquelle ils s'adressent :

- 1- « Ceux qui travaillent **sans** la communauté. (...) se cantonnent à la prise en charge des pathologies, estimant que c'est leur domaine exclusif de compétence

- 2- Ceux qui travaillent **pour** la communauté. (...) ont une pratique de santé publique et comprennent les problèmes de santé, mais avec une vision paternaliste et interventionniste qui limite l'implication de la collectivité
- 3- Ceux qui travaillent **avec** la communauté, ayant compris que la compétence clinique et l'approche communautaire étaient complémentaires, que la santé n'était pas qu'une affaire de professionnels et nécessitait un dialogue permanent avec les communautés situées dans l'aire géographique. » (Ibid. : 39-40)

À de nombreuses reprises les professionnels de l'équipe s'adressent aux personnes de la rue pour en évaluer les besoins et y adapter leur mode d'intervention. Pour autant, nous restons encore loin d'une approche communautaire dans laquelle se seraient les personnes elles-mêmes qui définiraient les moyens d'action les plus adaptés à leur situation et leurs besoins. Selon la classification ci-dessus, MARSS est une équipe qui travaille *pour* la communauté mais pas *avec* la communauté, ce qui ne signifie pas obligatoirement que leur approche soit paternaliste⁵².

Le même raisonnement peut être tenu pour l'usage qui est fait de la notion d'*empowerment*. Ce terme définit le processus par lequel une personne ou un groupe développe les capacités d'agir et de maîtriser les événements qui les concernent. Certes, il est dans la grande majorité des cas laissé libre choix aux personnes rencontrées d'adhérer ou non à ce que l'équipe leur propose, de se présenter ou non à la consultation, d'utiliser ou non les services qui leurs sont présentés. Mais il est très rare que les personnes soient elles-mêmes à l'origine du recours aux services puisque, par définition, les personnes de la file active sont éloignées du système de soin.

Plusieurs exemples, déjà présentés tout au long de ce rapport, permettent d'illustrer l'écart qui existe entre le discours, théorique, idéologique, conceptuel de l'équipe et la réalité du fonctionnement quotidien du dispositif. Pour n'en reprendre que quelques uns, nous pouvons citer le respect de la temporalité des patients pour procéder à une hospitalisation. Dans les faits, nous avons vu que les hospitalisations dépendent avant tout de l'état de santé physique et mentale de la personne, de la disponibilité de lit hospitalier à un moment donné, de la disponibilité d'un nombre suffisant de professionnels, de la visibilité de la personne lors du travail de rue et de nombreuses autres contraintes matérielles, physiques et temporelles qui rendent les hospitalisations extrêmement contingentes. Cependant, les professionnels s'efforcent le plus possible de s'adapter à la temporalité des personnes en n'hésitant pas à contourner les règles de l'institution, telles que celles de la sectorisation en psychiatrie pour trouver un lit, ou en hospitalisant des personnes dans un service de psychiatrie pour soigner des problèmes d'ordre somatique. D'autres stratégies sont aussi à l'œuvre telles que celle d'hospitaliser dans le secteur privé des soins, ou de pratiquer des hospitalisations séquentielles, afin de respecter au mieux la temporalité et le choix des personnes.

Nous pouvons aussi revenir brièvement sur le mode de fonctionnement interne du Marabout. Présenté comme un lieu de vie communautaire, nous avons vu qu'il s'agit en fait davantage d'un lieu de vie semi-collectif. Dès son ouverture, la gestion et la régulation des tâches d'entretien du lieu étaient déléguées à un membre de l'équipe (certes médiateur et bénévole) qui nous a dit avoir pris des mesures de « sanction » lorsque l'entretien du lieu n'était plus réalisé (notamment la vaisselle) et mettait en cause les possibilités d'usage du lieu. C'était aussi ce même bénévole, aujourd'hui professionnel de MARSS, qui assurait la sécurité du lieu

⁵² Par modèle paternaliste, nous entendons le modèle tel qu'il a été décrit par Emmanuel et Emmanuel (1992) où le patient délègue au médecin le pouvoir de décider ce qu'il considère être le bien pour son patient.

(horaire d'ouverture et de fermeture de la porte d'entrée et fonction de surveillance et de protection). Depuis, une équipe de quatre professionnels travaillent à temps plein au fonctionnement, à l'entretien et à l'animation du lieu ; un veilleur de nuit a été affecté au lieu. Si dans l'esprit, l'idée est de créer une communauté des résidents du Marabout, le fonctionnement de la structure lui, est loin d'être véritablement communautaire.

La notion de communauté doit aussi être discutée. En effet, si l'on s'en tient à la définition de Desplats et Razakarison, la communauté est « un groupe social auquel on s'identifie et dans lequel on voudrait jouer un rôle » (Desplats et Razakarison, 2012 : 38). Dès lors, la population cible de MARSS fait-elle « communauté » ? Quels sont les caractéristiques culturelles, les valeurs, les éléments du mode de vie, les intérêts qui pourraient unifier le groupe des personnes suivies par MARSS et leur donner un sentiment d'appartenance à une communauté de sens ou à une communauté d'intérêt ?

In fine, la participation des personnes auxquelles est destinée l'action du dispositif MARSS dans son élaboration et son fonctionnement quotidien, ne permet pas de valider en totalité que les pratiques de MARSS sont fondées sur la santé communautaire et l'*empowerment* des personnes suivies, principalement en raison de la complexité à les mettre en œuvre en santé mentale et au près d'une population en situation de grande exclusion.

Pour autant, l'usage des ces modèles, ou plutôt la revendication qui en est faite n'est pas anodine. Elle renvoie très directement à l'engagement « militant » des professionnels de l'équipe, à leur intention d'accorder un espace social, une reconnaissance, des moyens et du temps aux personnes qui en bénéficient le moins.

Mettre en place une structure de prise en charge et de soins médicaux et sociaux à destination des personnes sans-abri et souffrant de troubles psychiatriques sévères, légitimer cette structure et la faire financer par le service public, permettent de donner une visibilité publique à un problème sanitaire et social qui jusqu'ici n'était abordé que par des structures associatives et privées.

Exposer les problématiques spécifiques à la maladie dans la rue, diffuser des connaissances sur la psychiatrie et les traitements médicamenteux auprès des personnes de la rue pourraient être une des composantes d'un processus d'*empowerment* tel que le définissent Bacqué et Biewener : « l'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être *empowered*) qu'un processus, cet état et ce processus étant à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques (...). Cela implique une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés et de transformation sociale. » (Bacqué et Biewener, 2013 : 6).

Faire passer un dispositif de soins et d'accompagnement d'un statut militant associatif à celui d'unité fonctionnelle de l'assistance publique est, de fait, une inscription de ce programme dans la communauté institutionnelle et civique. Mais il ne pourra être qualifié de dispositif de santé communautaire que lorsque des usagers du dispositif seront impliqués dans tous les moments de la vie, administrative et opérationnelle, de cette équipe, ce qui implique des changements culturels – la place de l'utilisateur dans les soins - qui ne peuvent survenir en quelques années.

V - 3 - Idéologie humanitaire et parcours professionnel

Le parcours professionnel des personnes qui composent l'EMPP-MARSS est remarquable. Sur les 22 personnes qui la compose (si on enlève les deux chercheurs), 11 ont été bénévoles ou salariés dans des ONG (Mdm, MSF, ou dans d'autres associations de type philanthropique). De plus, deux infirmiers travaillent bénévolement dans cette équipe. L'un est retraité ; il a participé pendant 2 ans aux maraudes ; aujourd'hui il accompagne les personnes logées par l'équipe dans des sorties culturelles. Le second est un jeune infirmier qui travaille à temps plein dans un service d'urgence d'un hôpital marseillais ; il effectue quasiment un mi-temps bénévole dans l'EMPP pour faire exclusivement du travail de rue. Cette situation est suffisamment rare pour être relevée.

Rappelons que cette EMPP s'est créée en 2004 à partir d'une équipe de bénévoles de Mdm qui effectuaient des maraudes. Progressivement, elle s'est institutionnalisée en devenant une EMPP, avec un statut d'unité fonctionnelle hospitalière. Cependant, l'identité « humanitaire » perdure dans les représentations collectives. Il est fréquent de recevoir des courriers ou des appels téléphoniques adressés à « l'association » MARSS. Il faut reconnaître que l'EMPP-MARSS entretient la confusion. Outre la présence de bénévoles de Mdm, les écussons et logos de Mdm sont éparpillés dans les bureaux. Un médecin de l'EMPP a participé à la 7^{ème} *Journée provençale de Santé Humanitaire*, organisée par l'ONG Santé Sud pour présenter l'action de MARSS.

L'analyse des motivations des personnes qui travaillent dans cette équipe montre que, pour la grande majorité d'entre eux, qu'ils aient travaillé dans l'humanitaire ou non, apporter des soins à la population cible est un choix et un engagement, qui correspond :

- soit au désir d'être auprès des personnes les plus précaires et les plus vulnérables. Il répond alors à une éthique de la solidarité (Saillant, 2007)
- soit à un engagement politique individuel et collectif de pallier ou de contourner les dysfonctionnements du système de prise en charge médico-sociale, et plus largement un engagement militant de transformation de la société.

Cet engagement militant, philanthropique ou politique, participe aussi à l'attractivité du travail de rue. En effet, le travail de rue répond à une logique humanitaire de proximité, qui est un concentré d'intervention immédiate, utilitaire, auprès des personnes exclues considérées comme les victimes de la société, et également de bienveillance et de compassion, de dévouement et de désintéressement.

Dès lors, être une « *équipe de rue* » (ou « *faire du travail de rue* » ou encore « *être un travailleur de rue* ») prend une valence positive, voire une forme de fascination auprès des nouvelles recrues (professionnels ou stagiaires) ou des candidats nombreux à postuler dans cette équipe. Nous savons que la médecine humanitaire bénéficie d'un capital symbolique (Fox, 1995), particulièrement en France où ont été créées les ONG *Médecins sans Frontières* et *Médecins du Monde*.

La diffusion de la représentation gratifiante d'équipe de rue est favorisée par le charisme de plusieurs membres de l'équipe rompus au « *plaidoyer* » de part leur formation humanitaire (MDM ou MSF). L'activité de plaidoyer que revendique l'équipe s'inscrit aussi dans cette logique de l'action humanitaire telle qu'elle est définie par une de ses figures emblématiques : « au-delà du soin, l'action humanitaire permet de pointer le doigt vers l'injustice, de désigner l'inacceptable » (Brauman, 1996 : 39).

Cependant, cette activité de plaidoyer participe aussi d'une stratégie de « *lobbying* » auprès des décideurs et des exécutants des politiques publiques. Ce lobbying vise à développer

d'autres offres afin de répondre à la multiplicité des besoins identifiés. Aujourd'hui, selon le coordinateur de MARSS, c'est en se basant sur l'expérience du squat, puis des appartements que le programme « un chez soi d'abord » est né. Deux autres projets sont écrits et en cours de recherche de financement : « un programme d'évitement aux incarcérations » en partenariat avec Médecins du monde, et un programme d'alternative aux hospitalisations pour lequel un bâtiment est en cours de rénovation. Cette activité de plaidoyer vise aussi à inscrire l'action auprès de ces populations dans l'agenda des politiques publiques afin, précisément, de sortir de la logique humanitaire. Cette équipe possède également une culture de santé publique, venant pour une part des ONG médicales qui revendiquent souvent de « faire de la santé publique », mais aussi par son lien avec l'université (2 médecins font de la recherche et sont rattachés au laboratoire de santé publique de la faculté de médecine de Marseille).

V - 4 - Sanitarisation du social

La démarche de « l'aller vers » qui est au cœur de l'action des EMPP, et particulièrement l'EMPP-MARSS, est un choix politique et humanitaire qui a émergé en France dans l'action publique dans les années 1990 face à l'augmentation d'une population de grands exclus n'ayant plus accès aux droits fondamentaux (dont l'accès à des soins décents), à un accroissement de la visibilité de la « question SDF » (Damon, 2008) et de la sensibilisation de la société française à la problématiques des personnes ayant des troubles psychiques et vivant dans la rue (Marques, 2010). Selon l'enquête réalisée par le sociologue S. Rullac (2008), cet accroissement de la visibilité des SDF est la conséquence, entre autres, de la suppression du délit de mendicité en 1993 et de la suppression de la BAPSA (Brigade d'aide aux personnes sans abri) qui l'a accompagné. En effet, si le délit n'était plus réprimé depuis les années 1960, la BAPSA « ramassait » toutes les nuits les personnes sans abri, souvent contre leur volonté, pour les conduire dans les « dépôts de mendicité » où elles pouvaient passer la nuit au chaud, prendre un repas et une douche. Derrière sa fonction punitive, la BAPSA assurait une réelle protection sanitaire de la population des grands exclus en leur évitant les hypothermies mortelles. De fait, l'année 1993 a été marquée par une augmentation notable du nombre de personnes décédées dans la rue, phénomène qui a été largement médiatisé en 1993, et depuis chaque hiver, traduisant une plus grande sensibilité de la société française aux problèmes d'exclusion sociale. De plus, la suppression du délit de vagabondage et de mendicité, et la suppression concomitante de la BAPSA ont entraîné une plus grande visibilité des SDF car ceux-ci n'étant plus conduit dans les dépôts de mendicité, et n'ayant plus à se cacher pour échapper à la BAPSA, sont restés dans les centre-ville. Selon le sociologue J. Damon, l'apparition des vendeurs du journal SDF, sur fond de récession cette même année 1993, a largement contribué à visibiliser la « question SDF » (Damon, 2008)

Le changement de regard opéré sur cette population de grands exclus, considérée alors comme des victimes, a permis l'émergence de dispositifs expérimentaux (tels que le Samusocial de Paris en 1993) qui se sont imposés rapidement comme des dispositifs d'action publique en consacrant la notion « d'urgence sociale » (Rullac, 2008 ; Cefaï & Gardella, 2011). « Figure typique de l'exclusion » (Damon, 2008 : 62), les SDF sont devenus depuis la fin des années 1990 un enjeu des politiques sociales en France. Celles-ci ont accentué leur ciblage avec la création des EMPP qui marque l'apparition de véritables politiques catégorielles visant une population désignée par les institutions spécialisées (ici l'hôpital psychiatrique) et définie à la fois par son statut social (être SDF) et par sa pathologie (troubles psychiatriques sévères). Selon la sociologue A. Marques, la création des EMPP ne correspond pas à « une définition d'un problème public, mais la définition de sa solution » (Marquès, 2010 : 105). Cependant, si ce ciblage a des effets bénéfiques pour la santé des personnes prises en charge, il peut maintenir, voire renforcer, leur stigmatisation. C'est pourquoi

certaines d'entre elles se défendent d'être sans abri⁵³, ou préfère l'étiquette de « toxicomane » à celle de « fou ».

La qualification psychiatrique du phénomène (personnes vivant dans la rue et supposées présenter des troubles psychiques) peut être analysée en terme de sanitarisation du social, soit la traduction en termes sanitaire d'un problème de société (Fassin, 1998) qui voilerait les volontés de changement social et de lutte contre les exclusions portées par les mouvements sociaux, en particulier le mouvement des Don Quichottes durant l'hiver 2006-2007, qui refusaient les logiques mises en œuvre par l'urgence sociale qui, si elle permettait une prise en charge rapide et un hébergement de courte durée, ne permettait pas une continuité de la prise en charge de situations sociales caractérisées par la chronicité (Rullac, 2008). Cependant, la catégorisation d'une population cible de l'action de l'EMPP est avant tout un outil de travail et non la reproduction figée d'une réalité. Les objectifs de l'équipe sont beaucoup plus larges que l'amélioration immédiate de la santé des personnes : modifier leur environnement ; leur redonner un statut de citoyen en leur permettant de recouvrer leur droits (au logement, à la protection sociale, à la citoyenneté, à la culture) ; leur permettre de retrouver une autonomie par la réduction des symptômes psychiatriques ; restaurer une identité sociale affranchie de la stigmatisation dont ils sont victimes. Les pratiques des professionnels de cette équipe médico-sociale sont avant tout des formes du prendre soin et du souci de l'autre et inscrivent l'action de cette « équipe hospitalière » dans une éthique du *care*.

Comme le rappelle A. Mol la logique du soin est d'abord et avant tout pratique : elle s'occupe activement d'améliorer la vie (Mol, 2009). S'adressant à des personnes particulièrement vulnérables et marginalisées, cumulant de nombreux problèmes médicaux et sociaux, ce dispositif de soins médico-social tente de leur apporter des solutions pratiques pour améliorer leur état de santé et réduire leurs symptômes psychiatriques (le versant *cure* du dispositif). De fait, l'objectif n'est pas de guérir des personnes atteintes de maladies chroniques, mais bien d'améliorer leur qualité de vie, en leur permettant, entre autres, d'accéder à un traitement. Ici, la logique du *cure* fait intégralement partie de celle plus globale du *care*.

Cette logique d'action nécessite une concentration des compétences médicales et sociales au sein d'une équipe dont chaque membre assure les versants *cure* et *care* de la prise en charge. Ce n'est pas la polyvalence de chaque professionnel dans son activité quotidienne qui efface la dichotomie *cure/care*, mais plutôt que les techniques du *care* sont mobilisées à des fins de *cure*, et réciproquement. Ainsi, pour ne reprendre que cet exemple, la création d'une relation interpersonnelle et de confiance, basée sur des principes d'attention, de souci et de réciprocité, vise à faire entrer la personne dans un processus de soin qui comprend bien souvent une hospitalisation et/ou la prise d'un traitement médicamenteux. Ces éléments de *cure* que sont l'hospitalisation et la chimiothérapie ne sont alors qu'une étape dans un processus plus long de rétablissement et « d'amélioration de la vie », qui implique nécessairement un accès aux droits fondamentaux et sociaux, et un accompagnement vers la restauration de l'identité et le recouvrement de la citoyenneté. Si la médicalisation de la société, en tant que traduction de problématique sociale en terme médicaux, n'est plus à démontrer (Aïach et Delanoë, 1998) pas plus que la sanitarisation du social (Fassin, 1998), il apparaît que le dispositif MARSS et les pratiques professionnelles qu'il met en œuvre relèvent d'une forme de « socialisation du travail médical »⁵⁴ (Farnarier, 2009) qui répond à la logique du soin.

⁵³ Comme Roger qui nous répète régulièrement qu'il ne vivait pas dans la rue puisqu'il vivait dans sa voiture.

⁵⁴ Par socialisation du travail médical, nous entendons désigner l'intégration des approches et techniques du travail social dans les pratiques médicales ou paramédicales (Farnarier, 2009).

V – 5 - Image de l'équipe / perception et usage

Lorsque les professionnels de l'EMPP accompagnent dans un service d'urgence une personne sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères (en HL ou en HDT/SDT) pour des soins somatiques ou de santé mentale, ils se perçoivent comme marginalisés dans l'institution hospitalière à laquelle ils appartiennent néanmoins, et ce à plusieurs niveaux.

Ils expliquent cette absence de reconnaissance de leur action, d'une part, par la stigmatisation des personnes dont ils s'occupent, notamment par les somaticiens « *Pour les somaticiens, tu es à la marge de la marge, c'est-à-dire que tu n'es même pas un professionnel* » [E]. Les personnes sans abri subissent des mises à l'écart dans les services d'urgences où ils sont mal reçus en raison de leur attitude perturbatrice et la gêne qu'ils occasionnent ainsi que la surcharge de travail (saleté, poux, vociférations, etc.), mais aussi parce qu'ils mettent en échec les professionnels des urgences (Ogien, 1986 ; Fournier & Mercier, 1995) : « *[on sent] une réticence d'entrée, style 'on ne peut rien faire pour lui'* » [E]. Ils (médecins, infirmières) s'appuient sur de nombreux exemples illustrant le déni de leur position hiérarchique (pourtant si prégnante à l'hôpital) ou de leur simple qualité de "collègue" appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Se manifeste ici une forme de contagion symbolique des professionnels de l'équipe par le stigmate porté sur les personnes dont elles s'occupent (Goffman, 1975)⁵⁵.

D'autre part, l'accompagnement par l'équipe, qui est le résultat d'un long travail de construction d'une relation, est un travail invisible. Il n'est pas perçu comme un soin en lui-même et sa dimension facilitatrice pour le travail ultérieur des professionnels des urgences n'est pas plus remarquée. La personne de la rue ne sera pas mieux reçue, aucun effort ne sera fait pour la retenir si elle veut partir et le traitement qui lui sera prescrit ne sera pas mieux adapté à sa situation (par exemple : prescription d'injection d'héparine à domicile).

Nos observations montrent que l'invisibilité du travail de rue conduit les professionnels de la psychiatrie à déprécier l'activité de l'EMPP. Les nombreuses plaisanteries circulant dans les services de psychiatrie à son sujet montrent l'assimilation du travail de l'EMPP à « *ne rien faire* » ou, pire, à une forme de « *nettoyage de rue* » (se contenter d'amener les personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères aux urgences psychiatriques). Ces deux formules de « *ne rien faire* » et de « *nettoyage de rue* » renvoient à l'invisibilité du travail réalisé par les professionnels couplée à une mauvaise compréhension de « *l'aller vers* ». Pour nombre de professionnels hospitaliers, une confusion existe alors entre l'activité de l'EMPP et une activité de « *captation* » des malades mentaux qui s'échappent des services.

Comme l'ont souvent souligné les théoriciens du *care*, le travail de *care* est dévalorisé, tout autant que les personnes qui l'effectuent (Tronto, 2009 : 157). Et c'est cette dévalorisation du travail de *care*, liée à son invisibilité et au fait qu'il est relié à la sphère privée, que traduit l'absence de reconnaissance que subissent les professionnels de l'EMPP.

En se construisant une identité singulière « *d'équipe de rue* », l'EMPP s'est isolée du reste des équipes hospitalières avec lesquelles elle est sensée collaborer. Les professionnels ont développé au moment de la création de l'EMPP, la conviction d'être les seuls à pouvoir accomplir leur mission et à pouvoir venir en aide efficacement auprès des personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques graves : « *il y a ce truc d'être parfois hors de la loi. Hors de la loi avec un grand L... et de penser en plus qu'on est meilleur que les autres* » (E). Cette

⁵⁵ Cette même forme de stigmatisation par contagion et de dévalorisation professionnelle est observée aussi bien chez le personnel travaillant dans les morgues (Legrand Sébille et Véga, 2005), les gardiens de prison (Combessie, 2000) ou les égoutiers (Jeanjean, 2011).

attitude a été jugée parfois arrogante. De plus, l'équipe disqualifiait implicitement par son activité (et parfois explicitement lors des conflits sur des refus de prise en charge) le travail des autres équipes hospitalières ou du secteur privé en leur montrant qu'il était possible d'apporter des soins effectifs à la population cible de MARSS, ce que les autres équipes ne parvenaient pas à accomplir, souvent en argumentant que « ces gens-là ne veulent pas de soins ». Ce comportement a été parfois dénoncé par leurs collègues et par les autres partenaires associatifs, accentuant l'isolement de l'équipe et sa marginalisation. Toutefois, l'apport réflexif de nouveaux professionnels a modifié à cette posture. De plus, la reconnaissance politique du programme, l'expérience du travail en commun sur des cas complexe aboutissant à des résultats encourageants et des alliances objectives avec certains acteurs clés, ont permis à l'équipe de trouver petit à petit sa place, élargissant et solidifiant les partenariats internes à l'AP-HM comme à l'extérieur de celle-ci.

De plus, cette identité « d'équipe de rue » l'a rapproché symboliquement des autres équipes mobiles associatives (ADJ, Croix Rouge, Emmaüs, Armée du Salut, Samusocial) qui interviennent auprès des sans-abri, au delà des collaborations avec ces structures qui font partie des missions des EMPP telles qu'elles sont définies par la circulaire ministérielle. Ces professionnels du social sont souvent réfractaires à la psychiatrie et à une prise en charge médicale des populations sans domicile, considérant la prise en charge psychiatrique comme une forme de contrôle social⁵⁶. La position « interstitielle » (Lovell, 2001) de l'EMPP permet de la différencier des autres équipes psychiatriques et de lui accorder sa confiance.

V - 6 - Le « travail en équipe »

A l'issue de ce travail de description et d'analyse des pratiques des professionnels de MARSS, nous avons montré que l'activité soignante de cette équipe – soignant étant compris au sens large de soins bio-psycho-sociaux – est une action collective, un travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une trajectoire de maladie (Strauss, 1992). En ce sens, MARSS s'accorde avec la norme actuelle de la psychiatrie hospitalière à « travailler en équipe » : « En effet, il est aujourd'hui largement admis que, d'une part, la connaissance de la pathologie mentale dont souffre un patient et l'efficacité du traitement qui lui est prodigué dépendent largement de la multiplication des sources d'observation et des formes de prise en charge dont il peut être l'objet ; et d'autre part, que la routine qui s'installe dans l'activité du personnel soignant et favorise les phénomènes de chronicisation des malades doit être impérativement déjoué par une remise en cause permanente des modalités d'interventions qu'il met quotidiennement en œuvre » (Ogien, 1987 : 79)

Comme indiqué à plusieurs reprises dans ce rapport, la gestion collégiale du travail s'observe dans les échanges lors des réunions cliniques ou des staffs, et, dans une moindre mesure, dans la répartition des tâches qui incombent à chacun. Néanmoins, il persiste un sentiment, exprimé par plusieurs professionnels, d'un manque de restitution du travail – nécessairement parcellaire - de chacun dans une perspective globalisante (le « travail d'équipe »), que cette perspective globalisante concerne une personne suivie par l'équipe ou qu'elle concerne le projet de l'équipe. Cette insuffisance de sens collectif donné aux actions individuelles peut limiter le sentiment d'appartenance à une communauté constituée (ici « l'équipe »)⁵⁷.

Aux débuts de la création de MARSS, les conditions de travail avec la promiscuité dans les locaux, le faible effectif, la prégnance des idéologies et la violence des émotions partagées

⁵⁶ Entendu ici dans la fonction de surveillance-correction que lui attribuait Foucault, « surveiller les individus et les corriger, dans les deux sens du terme, c'est-à-dire les punir ou les pédagogiser » (Lenoir, 2005 :7)

⁵⁷ Nous avons alerté à plusieurs reprises les coordinateurs (médical et opérationnel) de l'équipe à ce sujet.

autour de certaines prises en charge, contribuaient à assurer la cohésion interne de l'équipe que les professionnels définissaient volontiers comme « une famille ». Cette cohésion interne existe toujours, même si elle a changé de support. Aujourd'hui, ce sont les valeurs – au sens de références idéales qui orientent de manière diffuse l'action des individus - partagées qui assurent la cohésion interne de la « communauté » des professionnels de MARSS.

Ces valeurs ont été détaillées tout au long de ce rapport. Pour rappel, nous listons ci-dessous celles qui nous semblent cardinales :

1) valeurs liées à l'action/intervention

- engagement (au sens d'investissement professionnel)
- solidarité de proximité
- protection des plus vulnérables
- capacité à innover
- travail en équipe (dynamique collective et valorisation du travail de l'autre) ; travail en réseau, en partenariat.
- proximité du terrain, du public (« l'aller vers »)
- empowerment : faire avec et pas à la place, valorisation de la personne et de ses compétences, autonomisation, responsabilisation

2) valeurs liées à la relation

- se mettre dans une relation d'égal à égal avec l'autre
- reconnaître l'autre comme son semblable
- respect de la personne et de son choix de vie, de sa temporalité
- symétrie : confiance, coopération, décision partagée, consentement, participation active
- *care* : attention ; bienveillance ; souci de l'autre ; reconnaissance et respect ; approche non jugeante, non stigmatisante, non moralisatrice ;

Ces valeurs, communes pour la plupart à celles du travail social, témoignent de la diffusion de la culture du travail social dans le travail médical, du moins dans le champ restreint de la psychiatrie de rue. La socialisation du travail médical que nous avons décrite dans le modèle de soin de MARSS n'est pas qu'une question de pratiques, c'est aussi une hybridation des savoirs (et des savoirs faire), des valeurs, des représentations. En d'autres termes, une forme de métissage des cultures professionnelles.

VI – De l'évaluation à la recherche participative

Un des objectifs secondaires de cette recherche était d'apporter par notre présence continue au sein de l'équipe un regard réflexif sur son action. Nous avons restitué à l'équipe nos observations et analyses tout au long de la recherche évaluative sous la forme de restitutions informelles (« diagnostics extemporanés »), de restitution formelles auprès de l'ensemble des professionnels de l'équipe (en février et septembre 2012).

Toutefois, cet apport réflexif ne va pas de soi. En témoignent les réticences des professionnels à nous inviter à participer aux réunions de fonctionnement de chacun des nouveaux « pôles » d'activité (pôle rue, pôle chez soi) au cours desquelles l'équipe tente d'améliorer ses pratiques et d'affiner son modèle de soin. Ceci s'explique par le fait que nos analyses sont vécues d'abord comme des critiques, et non comme une démarche compréhensive des fonctionnements (« ce qui marche ») et dysfonctionnements pouvant aider les acteurs des soins.

Ce constat est fréquent dans la restitution des recherches en anthropologie (Vidal, 2010). Il a plusieurs origines : 1) les multiples malentendus et incompréhension entre les disciplines ; 2) la difficulté pour les acteurs de se considérer à la fois comme partenaires du projet de recherche et comme objet d'analyse ; 3) l'échec des chercheurs à pouvoir rendre intelligible leur démarche compréhensive et leur objectifs d'aider à l'amélioration des soins parce qu'ils tendent à se placer uniquement en situation de « rendre des comptes » (posture débitrice mais aussi défensive) (Vidal, 2010).

Sans pouvoir mesurer précisément l'importance de la participation des chercheurs sur les décisions prises et l'évolution de l'équipe au court de cette année, il nous semble que ces retours d'analyses ont aidé l'équipe à mieux définir et organiser son action, plus précisément sur les points suivants :

Le profil du poste de coordination opérationnelle

Aux débuts de cette recherche, nous avons assisté au départ d'un grand nombre de membres « historiques » du dispositif, dont les deux personnes qui occupaient des fonctions de coordination administrative et opérationnelle. Avant de pouvoir décrire le modèle de soin développé par MARSS, les chercheurs ont dû s'intéresser au fonctionnement de l'équipe et aux problèmes organisationnels qu'elle rencontrait. La définition du profil de poste de l'actuel coordinateur opérationnel recruté en mars 2012 est un des effets de l'analyse du fonctionnement de l'équipe et de l'identification des besoins qui en a découlée.

Rompre avec le mythe des origines

Pour expliquer les décisions prises lors des réunions ou pour justifier leur mode d'action, un argument fréquemment avancé par les professionnels était de se référer à l'origine du projet, à son histoire. La référence au récit des origines, - un mythe au sens où il s'agit d'un récit qui transmet des valeurs et du sens -, permet de donner du sens à l'action MARSS, plutôt que d'explicité cette action et les pratiques professionnelles qui en découlent.

Par exemple, pour expliciter aux partenaires et aux visiteurs ce qui se faisait dans le Marabout, les professionnels de l'équipe se référaient systématiquement à l'histoire de sa création. L'héritage du récit de l'origine du marabout du 46 a été pendant plusieurs mois un

obstacle pour repenser le projet dans ses conditions d'existence actuelles, l'usage du lieu et les pratiques dans le lieu.

Ainsi, un certain nombre de pratiques qui se sont poursuivies au 35 de la rue Curiol sont directement héritées de cette histoire et des pratiques qui avaient cours au Marabout du 46. Par exemple, le fait d'inviter les personnes de la rue rencontrées pendant les maraudes à se présenter au Marabout pour y prendre une douche ou un repas (alors que les résidents du 35 se plaignent d'une invasion de leur espace) s'explique par le fait que le 46 a été longtemps pensé comme un point de secours alimentaire et un accueil de jour bas seuil.

Une fois ce mode de raisonnement identifié, une de nos premières recommandations fut de mettre un terme à cette référence permanente à l'origine du programme qui entretenait une confusion et limitait des innovations organisationnelles.

Equilibrer l'activité entre la rue et les logements

Du fait de son histoire et de son identité construite autour du travail de rue, cette équipe draine des professionnels attirés par ce type d'intervention ; la plupart d'entre eux ayant alors postulé dans l'équipe pour « faire de la rue ». Du fait de l'investissement volontaire des membres de l'équipe dans ce travail de rue, celui-ci a été surinvesti par rapport aux autres dimensions du modèle de soin revendiqué par le dispositif.

Il était nécessaire de limiter le travail de rue pour consacrer davantage de ressources humaines et de disponibilité aux autres activités. La constitution des « pôle rue » et « pôle chez-soi », et d'une priorisation des actions, sont les conséquences de la restitution de nos analyses.

Améliorer la saisie de l'activité et la tenue du dossier patient-informatisé

Lors des restitutions de nos analyses, nous avons beaucoup insisté sur les risques pour la prise en charge des patients d'une rétention de l'information. Nous avons pu illustrer par différents exemples et études de cas la perte d'information, ou sa dilution, et les conséquences sur le suivi des personnes.

Au niveau individuel

Il est plus difficile d'évaluer l'impact individuel de notre présence et du regard réflexif. Plusieurs professionnels nous ont signalé que notre analyse sur l'identité professionnelle « de rue » les avait aidés à se libérer d'une impériosité du travail de rue et à revoir leurs priorités dans leur accompagnement des personnes. D'autres ont perçu le sens de certaines discussions qu'ils trouvaient vaines (notamment au cours des staffs) grâce à l'analyse des catégorisations qui s'y déroulent que nous avons présentée. Plusieurs se sont appropriés nos analyses et les ont intégrées dans leur discours.

V - RECOMMANDATIONS

À l'issue de cette évaluation qualitative du dispositif MARSS, nous pouvons émettre quelques recommandations qui nous semblent possibles à mettre en œuvre, avec dans certains cas des moyens alloués supplémentaires, et qui pourraient résoudre ou prévenir certains dysfonctionnements afin d'améliorer l'accompagnement et le suivi du public cible.

Certaines s'adressent spécifiquement à l'équipe MARSS et renvoient à son historique et ses conditions d'exercice et de développement particulier. D'autres sont des recommandations plus générales et seraient à prendre en compte pour le développement de programmes similaires.

Plusieurs des recommandations que nous listons ici ont déjà été prises en compte dans les évolutions du programme. De fait, elles sont aussi pour nous un moyen de souligner l'action d'accompagnement et d'orientation que nous avons conduite au sein de l'équipe MARSS tout au long de cette recherche.

Attribuer aux EMPP des ressources supplémentaires

MARSS bénéficie de ressources matérielles supérieures aux autres EMPP françaises, principalement grâce aux crédits MIG qui lui ont été alloués, ce qui lui permet de mettre en place son modèle de soin centré sur le rétablissement, en plus de son activité d'EMPP.

Les EMPP devraient pouvoir bénéficier d'un nombre de professionnels aussi conséquent que celui de MARSS. Pour autant, les effectifs se trouvent toujours confrontés à des limites car la population cible est très étendue (la FA de MARSS en 2011 est de 322 personnes, alors qu'on estime entre 2000 et 3000 personnes la population cible).

La mobilité des équipes crée des besoins en terme d'équipement (véhicule fonctionnel) mais également de postes de dépenses inhabituels pour un service de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille. Il s'agit des différents « secours » qui peuvent être distribués aux personnes de la FA, mais également des biens matériels distribués par les professionnels lors des maraudes. Il est par exemple anormal que les professionnels paient, sur leurs propres ressources, les sandwiches et bouteilles d'eau dont on a vu plus haut l'importance dans la création du lien.

Spécialisation du travail et modalité de la division du travail

Tant qu'elle était une équipe associative comprenant peu d'intervenants, le fonctionnement de l'équipe reposait sur un principe de « chacun fait tout », s'appuyant sur la volonté des personnes engagées dans le projet et sur leur polyvalence dans le champ médico-social.

Le développement de l'équipe et l'institutionnalisation du dispositif, ont considérablement accru ses capacités d'action, mais aussi, dans une certaine mesure, ses contraintes de fonctionnement. L'absence de spécialisation des différents intervenants est à l'origine de tensions et de confusions à l'intérieur de l'équipe et éventuellement de pertes d'informations et de ruptures dans la continuité des soins.

Il est devenu nécessaire de développer des pôles spécialisés sur chacune des étapes ou des dimensions que comprend un processus de rétablissement. Ce principe fut acquis avec la mise en place d'un pôle « rue » et d'un pôle « chez soi ».

De la même manière, il semble important de répartir les activités en fonction des différents corps professionnels que comprend l'équipe. Sans pouvoir apporter une réponse définitive, il est nécessaire de réfléchir aux corps professionnels les plus pertinents pour la réalisation des tournées de rue exploratoires. Est-il pertinent que des médecins (psychiatres ou généraliste) ou des assistantes sociales effectuent des tournées exploratoires ?

Permanence d'accès aux soins

Le dispositif a comme objectif d'améliorer l'accès au soin pour les personnes qui en sont les plus éloignées. En regard du fonctionnement de l'équipe, notamment de ses horaires d'ouverture (du lundi au vendredi, de 9h à 17h, fermeture le week-end et la nuit) il est important de repenser cette question de l'accessibilité en prenant davantage en compte les contraintes géographiques, matérielles et physiques liées à la vie dans la rue. Cette permanence pourrait prendre la forme d'une permanence téléphonique disponible 24 h/ 24 h, à l'instar de celle que s'appête à mettre en place le Préfet Régnier dans le dispositif « un chez soi d'abord ». Cette permanence est déjà réalisée de manière informelle et bénévole par les médecins de l'équipe qui laissent ouverts leur téléphone professionnel le soir, le week-end, et parfois pendant leurs congés, pour répondre aux appels des personnes qu'ils suivent. Cet engagement bénévole des professionnels au delà de leur temps de travail légal concourt en partie à l'épuisement professionnel que manifestent plusieurs membres actuels et passés du dispositif.

L'aménagement des horaires de consultations et une meilleure mise en relation de ceux-ci avec les autres services à destination des sans-abri (UHU par exemple), semblent le point de départ indispensable à cette amélioration. Ainsi, les consultations doivent avoir lieu préférentiellement le matin, pour ne pas nuire aux activités de mendicité des personnes (faible le matin), pour ne pas les empêcher d'accéder aux distributions gratuites de repas, et pour ne pas entraver leur possibilité d'entrer en cours d'après-midi dans les UHU, comme nous l'ont confié plusieurs personnes que nous avons rencontrées dans la salle d'attente de MARSS.

De même, il semble important de redéfinir les périmètres, les parcours et les horaires des tournées de rue, pour mieux les adapter aux conditions de vie des personnes. Ces différents paramètres organisationnels (fréquence, horaire et parcours) doivent être modulables en fonction des périodes de l'année et en adéquation avec la variabilité des rythmes de vie et des besoins primaires des personnes à la rue selon les saisons, les conditions météorologiques et parfois les arrêtés municipaux. Pour rester efficace, l'organisation de ces services d'accès aux soins doit pouvoir s'adapter à l'évolution des conditions de vie des personnes.

Commission SDT et/ou comité d'éthique généraliste

L'usage de la contrainte soulève de nombreuses interrogations médicales éthiques, voire des réticences chez les professionnels. Tous ne sont pas toujours d'accord sur la nécessité de recourir à la contrainte ou sur les objectifs d'une hospitalisation sous la contrainte. *A contrario*, notre étude a montré les risques de banalisation de cette pratique.

Il nous semble alors important, compte tenu des dimensions pratiques, juridiques, éthiques et thérapeutiques complexes que recouvrent les soins sous la contrainte de mettre en place une « commission SDT », sur le mode des réunions de concertation pluridisciplinaires telles qu'elles existent en oncologie, mais en y incluant un éthicien et des usagers. Cette commission aurait pour objectif d'aider l'ensemble des professionnels participant à la

décision à se positionner sur les recours à la contrainte, et sur les non recours qui sont souvent décidés.

Cette commission pourrait également avoir pour fonction d'expliquer aux services hospitaliers qui accueillent la personne en SDT les raisons qui ont conduit l'équipe mobile à prendre une telle mesure. En l'absence d'explications contextuelles, la mise sous contrainte de certaines personnes peut être mal comprise par certains professionnels de l'intra-hospitalier, ce qui est à l'origine, tant de tensions entre les équipes soignantes, que de remises en cause de la coordination dans le suivi et la continuité des soins.

D'autres décisions qui interrogent les professionnels et/ou les usagers par leurs implications éthiques pourraient être examinées par cette commission à l'instar de tout comité d'éthique.

Formation au rétablissement

La notion de rétablissement et la philosophie des soins qui en découle ne sont encore que très peu connues en France. Chaque professionnel de l'équipe s'en ait donc fait une idée personnelle.

Il est nécessaire de formaliser ces connaissances éparses et de construire un savoir commun et partagé par tous les membres de l'équipe, notamment par la mise en place d'une formation sur le concept de rétablissement. Une première formation a été mise en place en 2013.

Décision collégiale pour l'entrée dans le dispositif de logement

L'entrée dans le Marabout, comme celle dans les appartements, est décidée par les membres de l'EMPP. Le fait que la gestion, et la responsabilité juridique et financière de ces structures d'hébergement reviennent à HAS fait émerger certains critères qui ne sont pas toujours prioritaires pour les membres de l'EMPP. Cet écart entre l'EMPP et HAS (qui n'ont pas exactement les mêmes conceptions du fonctionnement de ces structures) est source de nombreuses tensions et conflits.

Il est donc nécessaire de mettre en place une procédure de décision collégiale impliquant les professionnels de l'EMPP et ceux d'HAS pour sélectionner conjointement les personnes susceptibles d'entrer au Marabout et dans les appartements.

Encadrement des médiateurs

Le métier de médiateur de santé pair est en construction. Une meilleure prise en compte de la dimension expérimentale du travail des médiateurs est nécessaire. Pour cela il est nécessaire de mieux définir leurs profils de poste et de mettre en place un encadrement adapté dès le premier jour de leur embauche qui intègre aussi bien la variété des situations dans lesquelles les médiateurs interviennent que les différences qui existent entre eux en terme d'expérience et de vécu, tant vis-à-vis de la psychiatrie que sur leur avancée dans leur rétablissement personnel.

Confidentialité et circulation des informations

Les techniques utilisées par l'équipe pour partager les informations sur son activité quotidienne et éventuellement celles concernant les patients sont un héritage direct de l'histoire du dispositif et relèvent du bricolage. La multiplication des supports (courriels, GoogleGroup, GoogleSite, sms, téléphone, cahiers, fiches papiers, tableaux d'affichage, tableaux blancs, etc) et leur variabilité sont une source importante de perte d'informations, de perte de temps, et elles sont à l'origine de tensions à l'intérieur de l'équipe.

Par ailleurs, ces outils, développés pour un usage grand public ou bricolés à l'intérieur de l'équipe, ne possèdent pas le degré de sécurisation et de confidentialité nécessaire pour assurer la protection du secret médical.

Une réflexion approfondie sur la question, permettant de trouver les outils et procédures adaptés aux conditions de travail des professionnels (mobilité et milieu ouvert) tout en préservant le secret professionnel, l'archivage et l'ordonnancement des informations est une nécessité.

Adapter le logiciel des dossiers patients informatisés :

Du fait de son rattachement à l'AP-HM, l'Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité utilise le même logiciel d'information médicale et de dossiers patients informatisés (cimaise) que tous les autres services psychiatriques de l'AP-HM. Ce logiciel a été pensé pour une pratique des soins en intra-hospitalier. De fait, son mode de saisie, comme les catégories et classifications qu'il propose, ne sont parfois pas adaptés aux conditions de travail de l'équipe mobile ou aux conditions de vie des personnes de sa file active. Par exemple, pour indiquer l'orientation d'un patient à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences, il n'est pas possible d'indiquer que la personne est retournée vivre dans la rue, l'item le plus proche disponible étant « retour à domicile ».

Par ailleurs, compte tenu de la division du travail à l'hôpital, les informations concernant un patient sont réparties en trois grandes catégories « médical » « infirmier » « social ». Compte tenu des problématiques rencontrées par les personnes suivies par MARSS et du type de travail réalisé auprès d'elles, il serait plus pratique et adapté que toutes ces informations médicales, sociales et paramédicales puissent être affichées sur un même écran, plutôt que réparties dans différentes sections du site.

Il semble donc important qu'un groupe de réflexion se mette en place pour identifier et lister les modifications à apporter au logiciel Cimaise pour qu'il puisse tenir compte de différentes situations aujourd'hui non prévues et le rendre plus opérationnel pour un usage en travail de rue.

Equipe multilingue

Les personnes étrangères représentent une part très importante de la file active. Dans certaines situations, lorsque le cadre est suffisamment posé et confiné (essentiellement consultation et hospitalisation) le recours à l'interprétariat téléphonique est possible et envisageable. En revanche, dans le cadre du travail de rue, la traduction par téléphone n'est que rarement possible (contrainte de temps, environnement sonore, mobilité de la personne...).

Développer le « multilinguisme » au sein des EMPP serait un atout de taille pour la réalisation du travail de proximité. Même s'il est impossible de couvrir l'ensemble des langues parlées dans les rues de Marseille, avoir au sein de l'équipe des professionnels parlant anglais, italien, allemand, espagnol et arabe permettrait de couvrir la très grande majorité des situations.

Stabilisation du modèle

Nous avons vu l'oscillation qui existe entre la mise en place de soins d'accompagnement au rétablissement et une activité gouvernée par l'urgence des situations. Il est nécessaire de stabiliser le modèle de soin sur lequel le dispositif construit son action et organise son fonctionnement.

Les dernières modifications d'organisation peuvent apporter des améliorations. Il est encore trop tôt pour pouvoir en tirer des conclusions.

Cumuler plutôt que réinventer

Depuis la création du dispositif, les professionnels réfléchissent, de façon formelle ou informelle, individuellement ou au cours de concertations collectives, à l'organisation du travail, au sens de l'action et au modèle de soins. Ces nombreuses réflexions donnent régulièrement lieu à la production de documents internes devant servir de « référentiels ».

S'il est impératif de poursuivre les réflexions déjà engagées, il est nécessaire que celles-ci tiennent compte des décisions qui ont déjà été discutées et actées collectivement, et reprennent les écrits déjà produits précédemment, plutôt que d'entamer à chaque fois une nouvelle réflexion en repartant de zéro. Un document de synthèse présentant l'ensemble de des décisions prises ultérieurement devrait pouvoir servir de cadre à l'équipe existante et être présenté aux nouveaux professionnels lors de leur intégration dans le dispositif.

Guide de travail de rue

La pratique du travail de rue s'est principalement développée de manière intuitive. Avec les années, un certain nombre de techniques et de connaissances ont été élaborées et l'expérience des plus anciens de l'équipe se transmet de manière plus ou moins formelle auprès des nouveaux arrivés.

Afin de limiter les importantes variations qui peuvent avoir lieu dans cette transmission, d'éviter que ces connaissances et techniques restent « personne-dépendante » ou ne se perdent lors du départ d'un professionnel, et afin de stabiliser cet ensemble de savoirs pratiques, un « guide du travail de rue » doit être rédigé. Ce guide servirait aussi bien de document de formation pour les nouveaux arrivants que de document de référence pour tous les professionnels

VI – PERSPECTIVES

Évaluation du service rendu par MARSS à sa population cible

La phase de recueil des données de la recherche présentée dans ce rapport et subventionnée par l'ARS dans le cadre d'un appel à projet, a pris fin en mai 2012. Ce travail a essentiellement porté sur l'analyse du dispositif MARSS et la description de son modèle de soin. Nous souhaitons la compléter en étudiant le service rendu aux bénéficiaires des activités de MARSS par une enquête qualitative auprès des personnes suivies par le dispositif. Pour cela, les entretiens biographiques déjà réalisés doivent être analysés pour étudier les trajectoires de vie et de soins de ces personnes, et de nouveaux entretiens doivent être conduits.

Soutien au dispositif innovant

Dans la perspective d'une recherche action, des réunions avec les professionnels et les usagers de MARSS sont programmées pour discuter nos analyses du modèle de soin développé dans le programme et de l'organisation du travail. Une première réunion sur notre recommandation de « commission SDT » a eu lieu le 24 mai 2013. D'autres réunions sont programmées dans le second semestre 2013 afin d'examiner plusieurs points qui semblent prioritaires aux acteurs de MARSS (La santé communautaire, l'accompagnement au rétablissement, la clinique de la rue, etc...).

Une évaluation des éventuels changements apportés dans le dispositif à la suite de ces réunions est prévue, avec la définition d'indicateurs adaptés par le responsable de MARSS.

Cette seconde phase d'évaluation donnera lieu à un nouveau rapport qui permettra d'exposer et d'analyser la dimension expérimentale de ces modalités de recherche impliquée conduite au sein même du dispositif.

Remarques du Responsable du programme MARS sur le présent rapport

Plan

- Préambule
- 1- Sur le contenu du rapport de recherche
 - 1-1-Le contexte
 - la psychiatrie
 - le sans-abrisme
 - Marseille
 - Le dispositif de recherche de MARS
 - les équipes mobiles
 - 1-2- La méthode
 - 1-3-Les analyses
 - 1-4- Les recommandations
- 2- Sur le processus et la méthode de l'évaluation
 - 2-1- L'état des lieux de l'évaluation sur ces questions
 - 2-2- la définition de la méthode et de ses objectifs
 - 2-3- les résultats
- 3- Conclusion et plan d'action

Préambule

Il est difficile d'être juge et parti dans un processus d'évaluation. Pourtant une évaluation se juge d'abord à son utilité et ses effets. Par ailleurs les processus d'auto-évaluation sont des phénomènes constants chez les personnes et utilisés dans l'éducation. Ils nécessitent certaines qualités mais ont pour avantage de produire des effets et des changements. Cette évaluation a été demandée par le responsable du programme et s'inscrit dans une culture partagée de la notion d'expérimentation de cette équipe.

Il ne s'agit pas ici de poser un regard d'expert sur ce travail de qualité, ni d'avoir un regard extérieur, mais plus un apport de l'intérieur, à la réflexion, en vue d'améliorer le prochain cycle évaluatif.

1- Sur le contenu du rapport

1-1-Le contexte

Afin de mesurer la cohérence externe du programme (sa pertinence au vu des besoins) il est important de pouvoir se positionner, en proposant une analyse du contexte, en croisant la littérature scientifique et éventuellement les autres sources disponibles.

Ce paragraphe a pour objectif de proposer succinctement et successivement le contexte de la psychiatrie, du sans-abrisme, le contexte local à Marseille et enfin le contexte du dispositif de recherche sur l'équipe MARS.

Par manque de temps je ne ferais que résumer ma position, qui sera développée plus en détail dans un rapport qui sera rendu publique en début d'année 2014, avec l'analyse des premiers résultats des effets de l'évaluation sur le programme MARS.

a- La psychiatrie

Aujourd'hui la psychiatrie mondiale est en mesure, au vu des données disponibles (notamment sur la mortalité), de se poser la question de l'efficacité des soins apportés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et particulièrement des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères. La remise en cause du DSM V, avant même sa sortie, par des acteurs centraux et légitimes de la psychiatrie eux-mêmes, est symptomatique de la crise actuelle de la discipline.

Les acteurs de la psychiatrie, et les décideurs politiques, doivent pouvoir commencer à proposer des solutions pour diminuer cette surmortalité de 20 à 25 ans, mais aussi, et cela est directement lié, de façon causale, diminuer les inégalités sociales dont sont l'objet ces personnes malades.

Les choix du tournant dit de « santé publique » fait en psychiatrie en France, en 1960, à travers la politique de secteur, afin de répondre à ses enjeux sont à ce titre emblématique des difficultés des acteurs à trouver des solutions. Depuis 50 ans le passage d'une politique de la psychiatrie à une politique de santé mentale ne se fait pas. Des chercheurs comme Henckes, Coldefy et Rhenter ont analysé l'histoire récente du fonctionnement de la psychiatrie française et souligné plusieurs points :

1- Une analyse budgétaire détaillée par activité et quasi-exhaustive faite par Coldefy montre que cette politique n'a jamais vraiment été déclinée sur tout le territoire, et que les services qui l'ont réellement appliqués restent largement minoritaires.

2- Henckes montre que moins qu'un véritable projet de révolution des soins psychiatriques comme cela est souvent présenté, le secteur a d'abord été une tentative de redéfinir le contrôle des populations et la gestion de la chronicité dont la responsabilité a été attribuée en partie par le fonctionnement de l'asile (Rhenter, 2004).

3- Les logiques de répartition par aire géographique ont été faites bien plus par souci « égalitariste » envers les psychiatres, plutôt qu'en fonction des besoins des populations (Coldefy).

b- Le sans-abrisme des personnes psychotiques dans les grandes villes des pays riches

Les phénomènes d'errances d'une partie « déviante » de la population sont décrits depuis des siècles. Le sans-abrisme des personnes psychotiques dans les grandes villes des pays riches est identifié par les chercheurs comme phénomène quantitativement significatif depuis le début des années 80. Ce phénomène relativement récent en termes quantitatifs s'inscrit dans une histoire et des logiques directement liées à des modifications macro-structurelles.

Un certain nombre de facteurs ont favorisé l'augmentation de ce phénomène et sa pérennisation dans le paysage des grandes villes :

- un enrichissement des pays croisé avec un creusement des inégalités
- l'apparition et l'augmentation du chômage
- la spéculation immobilière
- un passage idéologique du welfare au workfare dans la majorité des pays

Le logement bon marché est devenu de plus en plus difficile à trouver et les quartiers des villes où il y en a, inadaptés souvent, pour des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères (trop de violences).

Les réponses politiques aux sans-abrisme ont plus été guidées au mieux par une tentative de « mise à l'abri » des personnes, au pire pour « nettoyer les centres villes » plutôt que dans une recherche d'inclusion sociale. Hors cette mise à l'abri, souvent dans une logique caritative et compassionnelle, coûte de plus en plus cher à l'état Français (deuxième plus gros budget d'Europe), et semble peu efficace pour la population la plus exclue et vivant le plus longtemps à la rue qui est celle ciblée par le programme MARS (et les politiques européennes).

Les politiques de logement, particulièrement déficitaires en France depuis plus de 20 ans sont venues compliquer le passage des dispositifs d'hébergements issus des politiques de lutte contre les exclusions vers le droit commun.

c- Le contexte Marseillais

Grande ville la plus pauvre de France, Marseille est une ville à forte histoire de migration, et marquée par des inégalités territoriales très fortes. Les rapports entre les acteurs du champ de la psychiatrie et du champ de la précarité sont d'abord restés longtemps de très faible intensité. L'irruption du problème du VIH a rapproché le service universitaire de psychiatrie et les acteurs de proximité de la toxicomanie en 1995. Une première EMPP a été créée à l'hôpital d'Edouard Toulouse en 2001.

Depuis le milieu des années 2000 la mairie s'intéresse aux problèmes de santé mentale, notamment via son service d'hygiène, sollicité assez souvent pour des situations d'insalubrité de logements habités par des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. Si la psychiatrie dans son ensemble semble peu mobilisable pour tenter de changer ses pratiques afin de mieux répondre aux besoins des patients SDF, le programme MARS, née au sein de MDM a joué un rôle de mise en visibilité, non seulement de l'étendue du problème sur la ville, via une pratique de terrain quotidienne, et a été à l'initiative de l'introduction de 2 « nouveaux » modèles interventionnels, l'un dans le champ de la psychiatrie (soins orientés autour du rétablissement), l'autre dans le champ du sans-abrisme (« un chez soi d'abord »).

Certaines règles de l'institution psychiatrique ont changé : la resectorisation par date de naissance notamment des personnes SDF hospitalisées par exemple. Un rapport récent commandé par la Mairie fait d'ailleurs un état des lieux des rapports entre psychiatrie et sans-abrisme (Rapport Manoni, 2010) dans la ville, à travers la focale de l'accès aux soins.

Autre particularité du territoire Marseillais : la gestion du Samu Social et son articulation avec le deuxième plus grand foyer d'urgence de France. Depuis sa constitution dans les années 90, un accord existe entre l'Etat via ses services déconcentrés et la Mairie, via son service précarité, pour permettre un cofinancement de ces deux structures de la ville. Cette démarche de la Mairie, qui peut paraître louable au départ, s'avère dans les faits moins philanthropique et honnête que prévu. D'une part le Samu Social dans son mode de recrutement (des personnes non diplômées et sans expérience dans le champ), la quasi-absence de plan de formation, son manque de culture de travail en réseau, et son mode de gouvernance, s'éloignent radicalement du modèle parisien...et des besoins des personnes et des acteurs. L'objectif semble être bien plus le « nettoyage » de la ville. D'ailleurs pendant des années des anciens cantonniers seront recrutés. L'UHU la Madragueville elle aussi est régulièrement désignée par les personnes elles-mêmes, comme par les autres acteurs, comme un lieu de non droit, insalubre, à haut niveau de maltraitance institutionnelle. Il est à signaler qu'un scandale de détournement

d'argent (plus d'un millions d'euros en 18 mois) de l'avant dernier porteur (AICS), choisi par la Mairie, a amené l'Etat à refuser le dernier appel d'offre de reprise de la Madragueville écrit conjointement par la Mairie et les services déconcentrés de l'Etat (2013) ou un acteur, assez éloigné du champs, et dans une relation politique étroite avec la mairie avait été identifié.

d- Les équipes mobiles

Si les données scientifiques sur les équipes mobiles avec ce type de population cible sont quasi-absentes en France, les données existantes dans la littérature scientifique sur les équipes mobiles au EU sont nombreuses et riches d'enseignements. Une analyse de la production scientifique sur ces questions aurait permis de mieux cerner les trous dans le savoir afin de prioriser certains objectifs de recherche utiles pour l'équipe. Une analyse de la littérature scientifique plus profonde sera produite dans le rapport d'évaluation complet qui sera rendu publique début 2014.

Un des points saillants qui ressort néanmoins d'une revue de la littérature sur ce type d'équipe faite en 2010 est l'absence totale d'analyse qualitative du point de vue des « bénéficiaires » autre que des enquêtes de satisfaction.

e- Le dispositif de recherche de MARS

Il a été décidé en 2010 de recruter un chercheur temps plein de faciliter l'articulation de la production scientifique avec les besoins des acteurs de terrains. Son profil de poste a été défini en trois volets : recherche, évaluation et enseignement. Un des sous-objectifs de la recherche était de mettre en place de la recherche communautaire, trop peu développée en France.

MARS avait aussi besoin de pouvoir bénéficier d'une évaluation permanente de ses propres activités. Enfin dans le cadre de son rattachement à un service universitaire, l'équipe souhaitait pouvoir remplir ses missions de productions scientifiques et d'enseignement.

Une tentative est en cours de constituer une équipe de recherche pluridisciplinaire au sein de MARS.

1-2- La méthode de recherche

La réponse à cet appel d'offre a été faite dans un temps très raccourci, ce qui explique en partie les problèmes et les désaccords méthodologiques à l'arrivée.

Néanmoins le point de désaccord essentiel qui remonte dès l'écriture de l'appel d'offre entre le responsable scientifique et le responsable du programme est celui du choix de prioriser les analyses des pratiques professionnelles et du fonctionnement de l'équipe au détriment du point de vue des bénéficiaires.

Les différentes évaluations et états des lieux des dispositifs sont dans leur grande majorité déficitaire de ce point de vue là en France et aussi ailleurs. L'enquête menée sur Marseille par l'ORS sur l'état des lieux de la santé mentale sur la ville en est un bon exemple.

Un autre point fut le refus de mettre en place des focus groups, outil pourtant validé et faisant partie des outils de l'anthropologie, et qui aurait eu l'intérêt de créer des espaces de discussions et de débats autre qu'au sein de l'équipe, et indirectement, aurait permis, à mon avis, une meilleure compréhension du processus de recherche.

Enfin le refus développer des mixte-methodes, pourtant largement recommandé dans ce type de démarche est un dernier point à signaler. La pluridisciplinarité est un des objectifs de la création de cette équipe de recherche au sein de MARS. Sa mise en place effective tarde à venir.

1-3- Les analyses

1-3-1- Les trajectoires professionnelles et personnelles

La question des trajectoires professionnelles, et des trajectoires personnelles et des liens entre les deux n'a pas été traité. Ceci alors qu'il avait été expliqué aux chercheurs qu'une bonne partie des recrutements c'est faite aussi sur l'histoire de vie des professionnels. En effet le modèle de soins choisie, « les soins orienté autour du rétablissement », encourage le recrutement de professionnels « classique » (non pairs) qui expérimente ou ont expérimenté la maladie mentale ou qui vivent avec des personnes qui l'expérimentent. Les effets du programme sur la santé des personnes, les objectifs et les motivations personnelles qui les amènent à choisir de venir travailler dans cette équipe n'ont pas été analysés. L'effet dans leur trajectoire professionnelle du passage dans l'équipe MARS n'a pas été non plus analysé.

1-3-2- Travailleurs pairs/les médiateurs

Le programme médiateur tel qu'il a été conçu sur MARS s'inspire de l'expérience à Yale de son initiateur en 2003 décrite ailleurs (Girard, 2004).

Plusieurs objectifs avaient été définis assez précocement :

- faciliter la compréhension par l'équipe des enjeux de la population cible
- faciliter leur rencontre et leur engagement dans un processus de soins et d'accès aux droits
- modifier les règles des institutions pour les adapter aux besoins des personnes
- permettre aux travailleurs pairs de progresser dans leur rétablissement

Sur ces derniers points peu, voir pas de données n'ont été recueillies et donc pas d'analyses produites. Pourtant l'utilisation par les médiateurs des ressources et des compétences de l'équipe et de son réseau afin d'améliorer leur prise en charge psychiatrique, somatique, mais aussi l'accès à des droits, voir des logements a été très présente.

Cette forte implication des docteurs mais aussi des autres membres de l'équipe à l'accompagnement des médiateurs, à certains moments très intensifs (visites à domicile, accompagnement vers des structures de soins, organisation d'hospitalisations, aide à la prise de rdv, psychothérapie, gestion de crise, entretiens motivationnels) n'est pas documenté.

Les effets sur les médiateurs n'est pas documenté. Cela aurait pu être une dimension de l'effet de santé communautaire, qui commence, selon la définition de MARS, par pouvoir s'occuper les uns des autres au sein de l'équipe. Cette dimension a été dans son ensemble non investiguée, alors que cela avait été un des premiers constats positifs qu'avait fait le coordinateur à son arrivée (qui s'incluait dans une longue liste de constat qui l'était beaucoup moins).

Autre point important, il a été pensé une véritable stratégie d'encadrement et d'accompagnement, pour chaque médiateur, avec une fiche de poste, prévu comme évolutive, notamment avec des entretiens individuels standardisés de débriefing (avec CR et envoi à la

personne) 2/3 mois après leur arrivée, une réunion tous les vendredi, collective d'abord avec le coordo G, puis, à leur demande sans lui (des CR long et détaillé de chaque réunion existent et sont accessible via un site interne). Il a été proposé aussi des supervisions individuelles gratuites avec des professionnels de la supervision (ACCESS). Le médiateur le plus ancien a été nommé coordinateur du programme médiateur. Cette fonction à jouer un rôle pour l'arrivée de deux médiateurs suivant. Des tensions sont ensuite apparues et les limites de ce modèle a été éprouvé à travers les réunions du vendredi durant l'année 2012. Il a été demandé à la Mairie et à l'ARS de financer un poste de coordination des médiateurs en élargissant les missions du poste à un certains nombres de médiateurs de la ville. Un profil de poste de coordiantion a été écrit, des personnes identifié en vue d'un potentiel recrutement et un lobbying local actif mise en place par le responsable du programme. La ville a alors décidé, dans un premier temps, de financer une étude cherchant à évaluer les différents programmes de impliquant des travailleurs pairs de la ville. Des réunions ont eut lieu et des focus groupe organisé durant la période d'observation de ce présent rapport. L'évaluation faite par un bureau d'étude Marseillais (CAPMED) a publié des premiers résultats. Ce bureau a aidé le groupe à construite une charte déontologique en Mai 2012 afin de pouvoir consolider leur légitimité. A émerger en 2012 l'idée de la création d'une association des médiateurs de France, afin de défendre les droits de ce groupe professionnel en construction⁵⁸.

Enfin, des tentative de binôme de travail ont été tenté pour plusieurs d'entre eux (avec un professionnels classique) avec des résultats variables (parfois excellent, et d'autres fois, moins bon).

L'idée global de l'encadrement était que ni la personne, ni l'équipe ne pouvait définir à priori ou la personne trouverait sa place, et qu'il était donc prévu une période de 2 ans, à considéré comme un stage, ou la personne serait en observation « participante » et aurait donc cette période pour trouver sa place. Pour 5 personnes cela a fonctionné, pour deux personne cette stratégie n'a pas marché.

1-3-3- les primo arrivants et « migrant de deuxième génération »

La file active de MARS est constitué par une grande majorité de primo arrivants et de « migrant de deuxième génération ». Aucun état des lieux, ni contexte n'a été proposé dans le rapport (si ce n'est une partie que j'ai réalisé). Aucune donnée n'a été récoltée sur cette dimension, pourtant largement documenté dans la littérature scientifique et dans des domaines aussi diversifiés que l'épidémiologie, l'organisation des systèmes de soins, et l'anthropologie.

L'équipe souligne de plus en plus de difficultés à travailler avec des personnes qui ont de moins en moins de droit et donc dans des situations de plus en plus précaire.

1-4- Les recommandations

1-4-1-les recommandations émises

1-4-1-1- Formation au rétablissement

⁵⁸ Aujourd'hui, et depuis quelques semaines (juin 2013), des médiateurs de différentes associations, se réunissent à nouveaux en groupe, de façon autonome et spontanée, afin de partager leur difficulté au travail et d'organiser collectivement la défense de leur droit si nécessaire. L'initiative vient entre autre d'un des médiateurs de l'équipe MARS, qui se révèle être un des leader du groupe.

L'équipe a souhaité dès 2009 mettre en place une formation sur le rétablissement. Il a été très difficile de trouver un interlocuteur parlant le français et pouvant assurer une formation de qualité et son suivi sur plusieurs années. En 2010, les chercheurs Tim Greacen et Emmanuelle Jouet ont été sollicités. Ils n'étaient pas un centre agréé de formation et par ailleurs, même s'ils avaient les compétences selon nous pour faire une formation initiale sur le rétablissement, ils ne l'avaient jamais faite. Ils ont donc décidé de se lancer dans cette aventure sous la forme d'une recherche action. Il a fallu trois ans pour mettre en place cette formation. Le renforcement de dynamique créé par l'arrivée du programme chez soi, qui devait avoir besoin de formation sur cette question, à jouer un rôle non négligeable dans la concrétisation. La formation rétablissement mis en place par et pour MARS a été directement conçue par Tim Greacen et Vincent Girard comme s'inscrivant dans une première étape et un lieu d'expérimentation afin de proposer cette formation ensuite au programme un chez soi d'abord⁵⁹.

Pour information, début 2013, avant la première séance de formation, un étudiant en psychiatrie a fait son mémoire d'éthique sur le rétablissement, et participe à la mesure de fidélité au modèle en utilisant une échelle : la Recovery Assessment Scale.

1-4-1-2 - Secret médical

Il existe une tension entre secret médical et transmission de l'information/des informations. Plus le secret médical est « bien gardé » plus il est difficile d'utiliser ses données à des fins d'évaluations. La France aujourd'hui est le pays qui « protège » le plus les données médicales individuelles, et d'un autre côté, qui peut utiliser le moins ses données pour évaluer et améliorer son système de soin.

Autre problème, certaines équipes utilisent l'argument du secret médical pour garder des informations qui seraient peut-être bénéfiques pour la personne.

Il n'est pas sûr qu'en se focalisant sur le secret médical aujourd'hui nous améliorerons la morbi/mortalité et la qualité de vie des personnes que nous suivons. Il est même possible que nous diminuions la transmission d'informations et que cela ait des effets délétères.

Pour rappel la France est un pays largement en retard sur la mise en commun des informations médicales. Un dossier patient a été créé il y a plus de 10 ans et aujourd'hui seulement 200 000 personnes en ont un. La course des comptes a épinglé ce dispositif il y a peu. Avoir un dossier médical partagé sécurisé est un travail qui demande une technicité importante et de s'inscrire dans une dynamique institutionnelle aujourd'hui quasi absente. Nous travaillons cependant à des pistes avec le service de santé publique (Hubert Balique et le Pr Thirion).

Enfin si il s'agit d'une recommandation liée à une nécessaire mise en conformité par rapport à la loi de nos pratiques, cette démarche se rapproche plus de l'audit que de l'évaluation ou de la recherche.

1-4-1-3 - Logiciel

Le responsable du programme CIMAISE, Laurent Boyer a été contacté à cet effet. Il nous a signalé que les deux personnes salariées de l'AP-HM en charge de la maintenance du logiciel étaient débordées. Nous sommes toujours en attente de la mise en ligne sur CIMAISE de l'échelle RAS demandé en 2010....simple exemple...

⁵⁹ Et c'est effectivement ce qui c'est passé sur Lille et Toulouse. L'équipe Marseillaise du un chez soi d'abord a refusé la formation pour des raisons complexes analysées ailleurs.

1-4-1-4 - Multilinguisme

La part de personnes de la file active qui ne parlent pas français a augmentée ces deux dernières années.

Une des explications, mais surement pas la seule, est liée au programme « un chez soi d'abord ». L'équipe MARSS a adressé plus de 60 personnes au programme de recherche entre septembre 2011 et janvier 2013. Toutes les personnes doivent absolument parler le français pour entrer dans l'étude (et pouvoir répondre aux questions). Une autre raison probable est le durcissement des lois contre les étrangers, leur application progressive est de plus en plus effective, et une ambiance générale de xénophobie montante qui a pour effet de favoriser l'exclusion sociale des personnes ne maîtrisant suffisamment le français.

Pendant des années, jusqu'au problème de santé d'un des médiateur polyglotte nous avions toutes ses langues, tous les jours. Pour mémoire, il avait d'ailleurs été engagé, au début, pour jouer le rôle de traducteur. Un des infirmiers a été recruté car il parle Arabe, et nous avons un service d'interprétariat par téléphone. Nous sommes la seule équipe précarité de Marseille à l'avoir, et le seul service de psychiatrie aussi à l'AP-HM...qui se servent du notre. Enfin l'impact en terme de pourcentage de personnes de la file active primo-arrivante du programme chez soi, par un effet mécanique de sélection est aussi important à souligner.

1-4-1-5- la commission SDT

Cette proposition a été discuter en équipe est n'a pas été retenu pour plusieurs raisons. D'abord pour une raison pratique : les SDT les plus problématiques se font surtout en urgence. La commission n'aura pas le temps de statuer. Du coupe elle statuera surtout sur des SDT déjà faites : c'est moins intéressant. Ensuite il est apparu important, si cette commission existe, qu'elle statue aussi sur les SDT non faite. Selon sa composition, cela risque d'avoir l'effet inverse recherché : augmenter les SDT. Ensuite il est apparu important de souligner qu'il n'y pas que des dilemmes éthiques, mais aussi des dilemmes moraux, qu'une commission d'éthique ne va trancher.

Par contre, l'idée qu'une commission d'usager, puisse donner son avis sur les différentes actions, activités, et aussi sur la direction et les projets futurs, du programme MARS dans son ensemble, est apparue très pertinente. Qu'au sein de cette commission, si il y a une dynamique favorable à la construction d'une sous commission SDT (mais que ne serait pas seulement éthique), celle-ci ce mette en place, alors cela parait faisable.⁶⁰

1-4-2- Recommandation non émise

1-4-2-1- Faire du lobbying pour une évaluation nationale des différentes EMPP

Avant de proposer un renforcement des financements des EMPP, il serraient au préalable nécessaire de faire :

1. d'abord une évaluation nationale de type : état des lieux des pratiques et besoins

⁶⁰ Pour information, une demi-journée a été consacrée à la discussion en équipe, concrète, de comment mettre en place plus de participation. Il a été décidé de mettre en place un livret qui présente le programma MARS et qui sera le plus transparent possible, et qui aura pour objectif d'inviter les personnes qui le souhaite à participer aux prises de décisions présentes et futurs.

2. Ensuite une évaluation de l'efficacité et de l'efficience des différents modèles les plus aboutit
3. Ensuite écrire et publier une nouvelle circulaire des pratiques les plus performantes et en faire des règles de fonctionnement générales.
4. Eventuellement intégrer dans la circulaire la pratique de processus d'auto-évaluation (défini entre autre par l'INPES)

1-4-2-2-Favoriser la culture de l'évaluation permanente à l'AP-HM

L'évaluation proposée dans ce rapport traite d'abord de la cohérence interne du programme et s'est focalisée sur les professionnels et leur fonctionnement. L'équipe réfléchit actuellement à la mise en place d'un recueil systématique et répété dans le temps d'indicateurs qui permettraient de mesurer l'efficacité du programme. Par ailleurs une étude complémentaire et en cours sur la perception des « bénéficiaires/usagers » du programme et des autres dispositifs, ainsi qu'une analyse plus fine, du contexte à la fois local mais aussi national, dans le quel se situe le programme.

Par ailleurs, l'évaluation MARS révèle indirectement et très partiellement les dysfonctionnements de l'AP-HM. D'un coté une équipe, MARSS, cherche à réduire les inégalités de santé, et en ce sens elle répond à l'une des priorités du gouvernement. D'un autre coté, l'AP-HM, cherche d'abord à réduire son déficit, et ceci est une autre priorité du gouvernement. Dans le contexte des interactions entre MARSS et l'AP-HM, même si MARSS a bénéficié d'une certaine attention de la part de la direction, la logique de réduction de déficit a impacté le fonctionnement et le financement du programme. Pour exemple, la première année, 30 % du budget a été reversé au « pot commun ». Aucun budget prévisionnel n'a été fourni par les services de la Direction des affaires financières. Le moindre non renouvellement de contrat était effectué dans la journée alors qu'embaucher une personne prend en moyenne 6 mois, après accord explicite du Directeur Général. Les dysfonctionnements des différents services logistiques sont nombreux : le cout exorbitant du matériel et leur qualité médiocre (2 cafétières neuves qui ne marche pas et qui ne sont pas remplacé par exemple, une voiture fournie dans un état dangereux pour la conduite) ; la lenteur des réponses, leurs inadéquations, et les tensions et pertes de temps qui en résultent sont un autre signe significatif des dysfonctionnements. Pour exemple l'équipe attend un ECG depuis plus de 3 ans, alors que, pour rappel, la première cause de mortalité des personnes vivant avec une schizophrénie est l'infarctus du myocarde. Ceci apparaît être autant de symptômes que la gestion actuelle de l'AP-HM doit se réformer, au delà de la question du retour à « l'équilibre budgétaire ». En effet une institution qui serait à « l'équilibre budgétaire » mais en « déficit de fonctionnement », de fait serait en perte d'efficacité et d'efficience et donc en perte de valeur...et d'intérêt pour la société.

Proposer une évaluation sur le fonctionnement interne à l'AP-HM serait largement bénéfique pour cette institution qui a du mal à se réformer. Produire du savoir sur le fonctionnement de l'institution, repérer les compétences, aussi les logiques des acteurs serait un outil de réforme utile pour les décideurs et la direction de l'AP-HM.

1-4-2-3 Renforcer les compétences évaluatives dans l'équipe MARS

Ce rapport n'a pas abordé l'analyse des problèmes méthodologiques, éthiques et de dynamique d'équipe que ses auteurs ont rencontré sur le terrain dans leur démarche

évaluative. Proposer une formation à l'équipe de recherche MARS et aussi à l'équipe entière sur les questions évaluatives serait pertinente. A ce jour, il existe un déficit de savoir et de compétence sur ses enjeux et méthodes.

Il existe plusieurs pistes : évaluation participative (au sens fort) , auto-évaluation (INPES) et recherche-action tels que défini par l'école de Chicago.

1-4-2-4 les enjeux de la coordination et du pouvoir « médicale »

L'équipe MARS a débattu, dès ses origines des enjeux de pouvoir, considéré trop dans les mains des médecins dans le système classique. D'abord constitué de 5 personnes, les questions se sont posées différemment lors de la croissance rapide de l'équipe entre 2009 et 2011. Vous avez participé à la construction d'un profil de poste de coordination, vous avez participé au recrutement et à l'accueil du nouveau coordinateur et vous avez été les témoins de tentative de redistribution des rôles de coordination et de ses enjeux et difficultés.

Aucune analyse direct des enjeux de pouvoir qui ont traversé et « chamboulé » l'équipe n'a été produite, alors que vous avez été au première loge, voir impliqué dans ses tensions lié à une redéfinition des missions et des limites de celle-ci autour des questions évaluatives.

2- Sur le processus et la méthode d'évaluation

Comme le stipule le titre du rapport (rapport de recherche), ce travail écrit, rend compte d'un travail de recherche bien plus que d'un processus d'évaluation au sens fort et plein du terme ou il est défini par les différents manuels sur l'évaluation. Il s'agira ici de tenter de montrer les limites de l'exercice actuel afin de d'aider à la prise de décision des priorités futurs de l'équipe en terme d'évaluation.

2-1- L'état des lieux de l'évaluation sur ce type de programme

Un document avait été produit en 2010, à la demande du responsable, par la précédente coordinatrice en vue de développer une auto-évaluation du programme MARS. Certains rapports d'activité d'EMPP sont disponibles (CASA, SMES) et un rapport d'évaluation de l'équipe de Toulouse dont le fonctionnement est certes éloigné de l'EMPP Marseillaise est disponible (Mantovani, 2002). Enfin des travaux évoquent des démarches évaluative d'équipes de rue et les enjeux de ce type de démarche (Ridde, 2003).

Un état des lieux sera fait pour janvier 2014 dans le rapport définitif.

2-2- la définition de la méthode et de ses objectifs

Il n'y a pas eut d'identification des besoins de l'équipe en terme d'évaluation. La démarche évaluative était celle de l'analyse de processus définis par 7 étapes, dont deux au moins, la première (analyse du contexte) et la dernière (effet sur les usagers) n'ont pas été réalisées.

Le caractère participatif n'a pas été défini. Au final il a été absent. Les processus à l'oeuvre était bien plus pensé comme de la restitution intermédiaire que de la participation.

Enfin le terme de recherche-action n'a pas été défini non plus. Du coup une méthode proposant une articulation entre recherche action n'est pas défini à l'avance.

2-3- les résultats

Points positifs

- 1- Un travail de description et de dépliage des pratiques de rues intéressant avec des concepts nouveaux mis en avant
- 2- Un état des lieux du fonctionnement interne de l'équipe assez fouillée et globalement bien compris
- 3- Une valorisation scientifique importante
- 4- La pertinence de certaines recommandations

Points négatifs

- 5- Un manque de focalisation sur l'utilité de l'évaluation
- 6- Un très faible niveau de participation avec pour conséquences des tensions et conflits directs et indirects
- 7- Certaines recommandations ne sont pas reliées de façon logique et compréhensible avec les constats faits et certains constats ne débouchent sur aucune recommandations précise
- 8- Les recommandations ne débouche sur quasiment aucune piste pratique et aucun outil n'est proposé
- 9- Une absence de méthode proposée pour mesurer les effets de l'évaluation

Un exemple : la question de la santé communautaire

Vous relevez avec justesse qu'il y a une tension entre discours et action autour du concept de communautaire. Dans vos recommandations il n'y a pas de piste pour résoudre ce problème.

La proposition de faire de la santé communautaire avec des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et vivant depuis longtemps à la rue est un pari que MARS fait depuis sa création. Plusieurs pratiques sont définies comme communautaire par MARS : travailler dans la cité, travailler avec les projets des personnes, intégrer des travailleurs pairs, être dans des relations de proximité et partager des moments entre citoyens lors des interactions hors cadre professionnels, des prises de décisions collectives normalement attribuées au responsable (recrutement notamment).

Par ailleurs un moment de l'histoire du programme a vu l'équipe avoir son local, faute de mieux, dans un squat de personnes de la rue.

Le rapport soutient que le programme n'arrive pas à « faire de la santé communautaire » au sens fort du terme car les usagers bénéficiaires du programme ne sont pas décisionnaires des orientations et fonctionnement de l'équipe MARS.

Premièrement problème : Le rapport définit « la santé communautaire » de son point de vue (en se référant à des auteurs) et non pas en se référant aux objectifs de l'équipe. Pour le dire autrement : l'équipe a-t-elle, dans ses textes fondateurs et ses objectifs définis sa pratique de la santé communautaire comme devant aboutir, à terme, au partage du pouvoir avec les usagers du programme ?

Dans le rapport il n'y a pas, un chapitre dédié aux données et pratiques communautaires ni aux représentations et expériences qu'ont les différents membres de l'équipe sur cette question du

communautaire. Le constat que cet objectif centrale n'est pas rempli au sens ou les évaluateurs le définissent est juste. Mais en d'autre terme, est-ce un objectif défini tel quel par l'équipe ? Est-il partagé ? Est-ce une préoccupation de l'équipe ? Est-ce que cela impact sur son efficacité et ses objectifs ?

J'aurais attendu sur cette question de la pratique de la santé communautaire (oui ? non ? comment ? qui ?) que d'une part, les avis des différents membre de l'équipe puisse être décrit succinctement. Ensuite il aurait été important de resituer et analyser en terme d'enjeux de pouvoir ces questions de participation. Ceci aurait permis de commencer à déplier les enjeux internes à l'équipe de tels pratiques et les dynamiques collectives.

Par ailleurs vous ne citez aucune expérience de santé communautaire (au sens fort ou vous l'entendez) avec les personnes sans abri ni avec les personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères. Quelles sont les expériences en cours ou qui ont déjà eut lieu qui sont peut-être des sources d'inspirations ou des modèles pour MARS ? MARS est pourtant en contact avec CASA, à des liens avec Le GAF par exemple. Il aurait été intéressant de voir quel type de problème rencontres ses équipes et les limites et enjeux du modèle communautaire avec ce type de population/dans ce type de contexte.

Au passage vous semblez oublier (?) que MARS est aussi à l'origine de la création des nomades célestes, qui pour le coup, est une véritable organisation communautaire au sens fort que vous donnez. Et, à notre connaissance, c'est la seule organisation communautaire qui est géré par des personnes sans chez soi avec des troubles psychiatriques sévères avec Mine de rien (à Avignon) en France.

Ensuite, est-ce que l'équipe rencontre des difficultés d'ordre méthodologique et de savoir faire pour mettre en place un programme de santé communautaire comme elle souhaiterait et affirme vouloir le faire (selon ses propres termes) ?

Des discussions ont eut lieu entre le responsable du programme et la responsable de la recherche, en 2011, lors du choix méthodologique de la réponse à appel d'offre de l'ARS. Pour le responsable du programme, la priorité était de pouvoir recueillir l'avis des personnes, plutôt que celle des professionnels. En effet, il est toujours difficile pour une équipe de savoir ce que pensent les « bénéficiaires » d'un programme. IL me paraissait important que nous puissions commencer par savoir d'une part ce que les personnes pensaient du programme, et comment elles jugeaient des effets du programme sur leur vie. La position de chercheurs aurait pu fournir un feedback plus précis, plus tôt, et ainsi mettre en place une dynamique communautaire plus opérationnelle.

Les chercheurs semblent donc ne pas prendre la mesure qu'ils ont participé à cette difficulté qu'a l'équipe de faire du communautaire selon son/ses sens à elle au moins de deux façons différentes :

- 1- Vous n'avez pas aidé à recueillir les points de vue des personnes
- 2- Vous avez rencontré des difficultés aussi à faire du communautaire en tant que chercheur et évaluateurs et vous semblez l'oublier dans votre analyse.

Pour exemplifier le point 2, voici deux exemples :

1- au décours de l'écriture final du rapport, c'est moi qui vous ai demandé de commencer à présenter des morceaux du rapport écrit aux acteurs concerné en commençant par les professionnels, puis part les usagers. Ces propositions aurait pu être penser dès le début, et annoncer aux acteurs.

2-. Un embryon d'expérience de recherche communautaire avait déjà été testé avec différentes personnes et avec l'appui méthodologique d'Anne Coppel en 2009 et 2010. Il aurait été intéressant d'englober dans l'analyse de la difficulté à faire du communautaire la propre difficulté du pôle recherche à faire de la recherche communautaire, des discussions qu'il y avait eut et de pourquoi la décision avait été prise d'arrêter cette expérience. Ca faible rentabilité universitaire est peut-être une explication.

Cette oubli est symptomatique pour moi de la difficulté des chercheurs, issu du monde universitaire, de se considérer comme faisant « réellement et totalement » et au même titre que les autres, parti de cette équipe (et donc aussi de ses problèmes) et non pas comme des chercheurs/évaluateurs extérieurs.

Plus globalement il existe selon moi, du fait du background universitaire, des tensions identitaires et des enjeux de reconnaissances entre ce que vous aimeriez faire : de la « vrai recherche » et « l'évaluation d'un programme » que vous considérez comme moins valorisante et moins importante. Ou pour être plus précis, les taches « recherche » de l'évaluation sont bien maîtrisé et bien effectué, et les taches plus « évaluation du processus » sont moins bien réalisée/pensé.

Conclusion

Pour sortir par le haut de ce moment de tension : une recherche-action participative

En se focalisant sur les besoins de l'équipe, ses questions, et en accompagnant les changements via un processus de participation à tout les niveaux de votre démarche :

- identification des besoins
- priorité des problèmes à résoudre
- discussion sur la/les méthodes
- discussion notamment sur les stratégies de récolte de donnée
- bilan intermédiaire et vérification de la justesse des analyses orale et écrite avec véritable prise en compte de l'expérience des gens.

Toutes ses étapes doivent être validé par les personnes, non pas pour contrôler votre activité, mais pour assurer des effets rapides maximum au processus évaluatif en terme de changement. Il se s'agit pas de proposer des idées révolutionnaires ou générales à l'équipe, mais des changements possibles, ici et maintenant, et de construire avec l'équipe les stratégies qui vont permettre ces changements en construisant avec elles des priorités, un agenda, des outils, et si il y a besoins de compétences extérieur nécessaire pour accompagner le changement, aider à les trouver.

En d'autres termes, dans la recherche action participative il ne s'agit pas de produire du savoir théorique mais du changement réel. La production scientifique dans l'évaluation n'est pas un but, c'est moyen. Une bonne évaluation n'est pas celle qui produit du savoir universel, mais celle qui permet d'améliorer les conditions de vies des personnes ici et maintenant du programme ainsi évalué.

BIBLIOGRAPHIE

- Aïach P. et Delanoë D. (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos Economica.
- Austin J.L., 1991, *Quand dire, c'est faire*. Paris, Seuil.
- Bacqué MH et Biewener C., 2013, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, Politique et sociétés, La Découverte.
- Baranowski T, Stables G., 2000, "Process Evaluation of the 5-a-Day Projects". *Health Education and Behavior*, 27(2) : 157–166.
- Barrow S.M., Hellman, F., Lovell, A., Plapinger, J.D., Struening, E.L., 1991, Evaluating outreach services: lessons from a study of five programs. *New Directions For Mental Health Services*, 52 : 29-45.
- Becker H.S., 2002, *Les ficelles du métier*, Guides, Repères, La découverte.
- Bellack AS., 2006. « Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications ». *Schizophr Bull.* Jul;32(3):432-42.
- Bellamy V., 2004. « Troubles mentaux et représentation de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, *Études et résultats* N°347, <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>, page consultée le 29 janvier 2011.
- Brauman R ., 1996, *Humanitaire : le dilemme*, Paris, Editions Textuel.
- Breviglieri M., 2005, « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social », in Ion (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, Alternatives sociales, La Découverte.p.219-234.
- Carpenter, W. T. & Strauss, J. S., 1991. « The prediction of out-comes in schizophrenia : IV Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 : 517-525.
- Cefai et Gardella, 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*. Éd. La Découverte.
- Chauvin, P. & Simonnot N, 2013. *Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries Final report on social and medical data collected in 2012*
- Combessie P., 2000, "Surveillants de prisons: condamnés à l'obscurité?", *Informations sociales*, n° 82, pp. 64-71.
- Damon J., 2008 [première édition 2002]. *La question SDF*. Paris, PUF, collection le lien Social.
- Damon, J., 2011. SDF et DALO : quelques constats sociologiques. *Cahiers de la fonction publique & de l'administration*, (307), p.10-12.
- Davidson L, Chinman D, Sells D. et M. Rowe, 2006. "Peer support among adults with serious mental illness. A report from the field". *Schizophrenia Bulletin*, 32: 443-450.
- Davidson L, Tondora J, O'Connell MJ, Lawless MS, Rowe M. 2009. *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.

- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J., 2010. Davidson L, Rakfeldt Jaak, Strauss J. 2010. *The roots of recovery movement in psychiatry. Lessons learned*. Edt Willey-blackwell, 282 pages Edt Willey-Blackwell.,
- Davis, J.M., 1975. Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 132(12), p.1237-1245.
- Deegan P., 1997, Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities, *Social Work in Health Care*, 25, 3 : 11-24.
- Demailly, 2008, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Sociologie, Septentrion.
- Desplats D. et Razakarison C., 2012, *Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Concept-Organisation-Pratiques*, Santé Sud.
- Emanuel E, Emanuel L, 1992, Four models of the physician-patient relationship, *The Journal of American Medical Association*, 267, 2221-2226.
- Estroff S, 1998. *Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Eysermann B., 2005, « Partir en quête du sans-abri : la construction sociale du sans-domicile-fixe (SDF) par les bénévoles d'une action de nuit à Marseille », *Anthropologie et Société*, vol. 29, n°3, p.167-183
- Fassin D., 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Alternatives sociales, La Découverte.
- Fassin D. 1998, « Les politiques de la médicalisation » dans P. AÏACH et D. DELANOË. *L'ère de la médicalisation*. Paris, Editions Economica : 1-14.
- Farnarier C. 2009, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*. Thèse de sociologie, EHESS, Marseille.
- Fazel, S. et al., 2008. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), p.e225.
- Fournier L, Mercier C. 1995. *Sans Domicile fixe : Au delà du stéréotype*. Paris, Méridien.
- Fox R, 1995, Medical humanitarianism and human rights: reflections on Doctors Without Borders and Doctors Of The World, *Social Sciences and Medicine*, 41, 12 : 1607-16.
- Gates LB et S. Akabas, 2007. "Developing strategies to integrate peer providers into staff of mental health agencies". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34 : 293-306.
- Geller, J.L., 1992. A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the « revolving door ». *The American journal of psychiatry*, 149(11), p.1526-1533.
- Glaser BG, Srauss AA, 2010 (1967), *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, coll. "Individu et société".
- Giddens A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Théorie sociale contemporaine, L'Harmattan.

- Girard V., Driffin K., Musso S., Naudin J., Rowe D., Davidson L., Lovell A, 2006. La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez soi ayant une co-occurrence psychiatrique. *Evolution psychiatrique*, 71.
- Girard V., Handlhuber H. 2008. Professionnel d'expérience: le chaînon manquant? *Santé mentale* ; 133 : 74-75
- Girard V., Sarradon-Eck A., Payan N., Bonin J-P., Perrot S., Vialars V., Boyer L., Tinland A., Simeoni M-C., « Analyse de l'activité d'une équipe mobile Psychiatrie précarité (EMPP) : des urgences médico-psychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile », *La Presse Médicale*, 2012, 41(5) : e226-37.
- Goffman E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2 les relations en public*. Le sens commun, Minuit.
- Goffman E., 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Le sens commun.
- Goffman E., 1975, *Stigmates : les usages sociaux des handicapés*, Paris, Minuit.
- Goffman E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.
- Good B., 1998, *Comment faire de l'anthropologie médicale*, Les empêcheurs de tourner en rond.
- Greacen T & Jouet E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Ères, 2012.
- Harvey, P.D. et al., 2012. « Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation ». *Schizophrenia Research*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503642>.
- Harrow M, Grossman LS, Jobe TH, Herbener ES., « Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study ». *Schizophr Bull*. 2005 Jul;31(3):723-34.
- Hopper K, 2007, « Rethinking social recovery in schizophrenia : what a capabilities approach might offer », *Social Science and medicine*, 65 (5) : 868-79.
- Hughes E., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par LM Chapoulie, Paris, EHESS.
- Ion J., 1998, *Le travail social au singulier*, Paris, Dunod.
- Jeanjean A., 2011, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 59-66.
- Koegel P, Burnam MA, Farr RK. 1988. "The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles". *Arch Gen Psychiatry*; 45:1085-92.
- Laplantine F., Rabeyron P-L., *Les médecines parallèles*, Paris, PUF, 1987.
- Laporte A, Le Méner E, Chauvin P. 2010. *La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France*, Les travaux de l'Observatoire 2009-2010. Paris : ONPES ; p. 413-434.

- Laval C. et Ravon B., 2005, « Relation d'aide ou aide à la relation ? », in Ion J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, pp. 235-250.
- Le Bonnac Aurore, 2007. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, un tremplin vers une réorganisation profonde du système de santé mentale. l'AP-HM relève le défi, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital., 2007.
- Leblondel S & Frydman F, 2010. CIMAISE (psychiatrie Adultes) JpSY (psychiatrie infanto-juvénile). Available at: <http://www.intellitec.net/guides/CIMAISEplaquetteV2.pdf>.
- Le Boutillier C, Leamy M., Bird VJ, Davidson L., Williams J, Slade M., 2011, « What does recovery mean in practice ? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance », *Psychiatric Services*, 62 (12) : 1470-6.
- Le Grand-Sébille C. et Véga A., 2005, *Pour une autre mémoire de la canicule. Professionnels du funéraire, des chambres mortuaires et familles témoignent*, Espace Ethique, Vuibert, 94 p
- Lenoir R., 2005, « Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux », *Information sociales*, Vol.6, N°126, p.6-15.
- Linnan L et Steckler A., 2002, An Overview-chap 1, in Steckler A. et Linnan L. (eds.), *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*, Jossey-Bass, San Francisco, p 1-24.
- Lorant, V. et al., 2007. « Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), p.360-365.
- Lovell A.M., 1996. Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs ». *Raisons Pratiques*, 7 : 59-85.
- Lovell A.M., 2001. « Les fictions de soi-même, ou les délires identificatoires dans le rue ». In Erhenberg A, Lovell A.M, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Odile Jacob, pp. 127-162.
- Lovell A.M., Cohn S., 1998. The elaboration of « choice » in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled, *Human Organization*, 1998, 57, 1 : 8-20.
- Lovell A.M., Cook J., Velpry L., 2008, Violence towards people with severe mental disorders : A review of the literature and of related concepts, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 56, n° 3, p. 197-207.
- Mainsant G., 2009, « Prendre le rire au sérieux. La plaisanterie en milieu policier » in Fassin D. et Bensa A. (dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, Paris, Recherche, La Découverte, pp.99-120.
- Marquès A., 2010, *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*. Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.
- Mauss M., 1950, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, Quadrige, PUF, p.145-284.
- Mangematin V., 2003, « Cléopâtre et son goûteur », in Mangematin et Thuderoz, 2003, *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Sociologie. CNRS. p.121-126.

- Mercuel, A., Querimi, A., 2011, Etats des lieux des Equipes mobiles psychiatrie-précarité 5 ans après la circulaire, 4eme Journée nationale des EMPP, 14 mars 2011, CH St Anne.
- Mol A., 2009, Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient. Paris, Presses des Mines (édition originale de 2006 *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam, Van Gennep ; édition anglaise de 2008 *The logic of care. Health and the problem of patient choice*, New York, Routledge).
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J., 2010, Care: Putting practice into theory. In: Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (eds) *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript verlag. 7-26. <http://www.transcript-verlag.de/ts1447/ts1447.php>
- Molinier P., 2005, « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilité et savoirs-faires discret » in Paperman P. et Logier S. (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Raisons Pratiques, EHESS, 299-316.
- Musso S, A paraitre. « Professionnaliser l'expertise profane ? Un programme expérimental de formation de médiateurs de santé publique en France », dans A. BILLAUD, C. CHARTRAIN et M. CERVERA, *Apports et limites de l'expertise profane dans la lutte contre le sida au Nord et au Sud*.
- Nestor P., Galletly C., 2008. "The employment of consumers in mental health services : politically correct tokenism or genuinely useful ?". *Australasian Psychiatry*, 16, 5: 344-347.
- Ogien A., 1986, « L'ordre de la désignation - Les habitués dans les services hospitaliers ». *Revue française de sociologie*, XXVII-I, pp.29-46.
- Ogien A., 1987, « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie ». *Sciences sociales et santé*. Volume 5, n°2, pp.61-84.
- O'Hagan M., C. Cyr, H. McKee et R. Priest, 2010. *Faire avancer la cause du soutien par les pairs*. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la commission de la santé mentale du Canada.
- Olivier de Sardan, 2009, *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Editions Academia.
- Outin J-L. et Pétour P., 2001, « l'urgence sociale entre secours et coordination », *Revue française des affaires sociales*, N°1, p.3-11.
- Paugam S., 2009, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, (4^e édition).
- Payan N, 2008, « Partenaire pour la rue. Du faire ensemble au vivre ensemble en santé mentale », Mémoire Master 2 professionnel Ingénierie des systèmes de santé, Faculté de médecine de Marseille.
- Place, C., Foxcroft, R. & Shaw, J., 2011. « Telling stories and hearing voices: narrative work with voice hearers in acute care ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), p.837-842.
- Pichon P, 1992, « La manche, une activité routinière », *Annales de la recherche urbaine*, n° 57-58

- Pichon P., 1996, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix*, n°34.
- Pichon P., Ravon B., 2006, « Souci de la relation d'aide et accompagnement social : le Samu Social et les Camions du cœur », in M. Cohen (dir.), *Associations laïques et confessionnelles : identités et valeurs*, L'Harmattan, pp. 79-96.
- Provencher H, 2002, L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27, 1 : 35-64
- Ravon B., P. Pichon, S. Franguiadakis, C. Laval, (dir.), 2000, *Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »*, Mire/Fondation de France, Crésal, mars, 244 p.
- Ravon B., 2010, « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité », paru dans *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international* (Felix C., Tardif J., éd.), Nice 4-5 juin 2009, Conférence inaugurale, mis en ligne le 01 octobre 2010, URL : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=600>.
- Repper J, et Carter T., 2011. « A review of literature on peer support in mental health services ». *Journal of Mental Health*, 20, 4: 392-411.
- Roques Nadège, 2009, *Instituer un monde commun. Le cas d'un squat thérapeutique marseillais*, Mémoire M2, Université Paul Cézanne Aix-Marseille3, 2009.
- Rothbard AB, Min SY, Kuno E, Wong YL. Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res.* 2004; 31(4): 441-9.
- Rowe M, Hoge MA, Fisk D., 1998, Services for mentally ill homelessness persons: street-level integration, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 3: 490-496.
- Rowe M. Fisk D., Frey J., Davidson L., 2002, Engaging persons with substance use disorders: lessons from homeless outreach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 29, 3: 263-273.
- Rullac S., 2006. *Critique de l'urgence sociale. Et si les SDF n'étaient pas des exclus ?*, Collection perspectives sociales, Vuibert.
- Rullac S., 2008, *Le péril SDF. Assister et punir*, Paris, L'Harmattan, collection Questions contemporaines.
- Saavedra, J., 2009. « Schizophrenia, narrative and change: Andalusian care homes as novel sociocultural context ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(2), p.163-184.
- Saillant F. 2007. Présentation : une anthropologie critique de l'humanitaire. *Anthropologie et Sociétés*, 31, 2 : 7-23.
- Sarradon-Eck A., 2002. « La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social », *La Revue du Praticien. Médecine Générale.*, 16 (578) : 938-43
- Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Godart A, Lustman M, 2004, *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, Rapport de recherche, ANAES/LEHA (Programme anthropologie de la santé), 66 pages

- Schwartz O, 1993, « L'empirisme irréductible », in Anderson, *le Hobo, sociologie du sans abri*, Paris, Nathan, 265-308.
- Sells D., L. Davidson C. Jewelle P. Falzer, Rowe M. 2006. "The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness". *Psychiatric Services*, 57, 8: 1179-1184.
- Slade, M., 2010. « Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. » *BMC Health Services Research*, 10, p.26.
- Soulet M-H., 2011, « Les potentialités de la vulnérabilité ». Communication non publiée au colloque "Un siècle de santé sociale : formes et traitements des vulnérabilités" Lyon, novembre 2011
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, Logiques Sociales, L'Harmattan.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, « Maladie et trajectoires » in Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, Logiques Sociales, L'Harmattan. p.143-189.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. 1977. « Prediction of outcome in schizophrenia ». *Archives of General Psychiatry*. 34, 159-163.
- Tronto J, 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, Éditions La découverte (édition originale *Moral Boundaries. A political argument for an ethics of care*, 1983, New York-London, Routledge).
- Laurent Vidal, « Ni politique de l'autruche, ni stratégie du hérisson : pour l'étude de la fabrique de l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 02 novembre 2010, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/84>

ANNEXES

- 1 – P.183 - Circulaire no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
- 2 – P.191 - Programme des réunions MSP en intra
- 3 – P.193 - Fiche de signalement
- 4 – P.194 – Fiche de tournée de rue
- 5 – P.195 – Règles de sectorisation

ANNEXE 1

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

NOR : SANH0530523C

Date d'application : immédiate.

Références : Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ;

Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Annexe : cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Le ministre de la santé et des solidarités et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE - fiche n° 21) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (« les équipes mobiles » mentionnées dans la présente circulaire). Cette mesure constitue, en outre, l'une des priorités gouvernementales annoncées par M. le Premier Ministre lors de son discours à l'Assemblée nationale, le 8 novembre 2005, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines. L'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion a constitué un objectif de la plupart des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que de la plupart des schémas régionaux de psychiatrie. S'il fait apparaître une démarche réellement volontariste et une phase d'innovations importantes en ce domaine, le bilan de ces différentes politiques révèle toutefois une grande hétérogénéité entre régions et au sein même de ces régions, qui plaident en faveur de la poursuite de l'effort. Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004). Plus récemment, le plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action. Elle l'inscrit dans une logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux. L'objet de la présente circulaire est de définir les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

1. Enjeux de l'action

L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics.

1.1. Des publics différenciés

Malgré les insuffisances des données épidémiologiques en ce domaine, plusieurs constats présagent de l'ampleur et de la complexité des besoins : Une souffrance psychique exprimée dans des lieux et des formes multiples. Il existe une grande diversité des formes de précarité (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...). Cependant, quelle que soit la forme de la précarité, tous les systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social, éducatif, judiciaire) repèrent l'expression de souffrances psychiques. Le malaise des professionnels travaillant auprès des publics en situation de précarité et d'exclusion. Ces professionnels de première ligne se sentent, en effet, impuissants, isolés, insuffisamment formés, peu soutenus dans leur institution. Pour les professionnels spécialisés, face à l'afflux des demandes de soins émanant du champ de la lutte contre la précarité et l'exclusion et dans un contexte démographique difficile, ce malaise s'exprime comme le sentiment d'une psychiatrisation excessive de problématiques sociales. Les interventions des équipes de psychiatrie d'adressent à deux catégories principales de publics : Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes. L'exclusion révèle des troubles psychiatriques sous-jacents qui vont se décompenser et interpellent le dispositif de soins psychiatriques. Or, un nombre parfois conséquent de malades mentaux échappe à une prise en charge spécialisée et se retrouve dans des dispositifs sociaux, parfois sans soutien ni suivi, voire échappe à tout dispositif. Par ailleurs, au-delà d'une pathologie psychiatrique, l'exclusion génère une souffrance psychique résultant de facteurs complexes qui s'auto-entretiennent (vulnérabilité individuelle, événements de vie...), pouvant aboutir à un basculement dans une forme de retrait progressif et de non demande. Les professionnels de première ligne. Un grand nombre d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, professionnels et/ou bénévoles concourent à la santé mentale et à des actions de prévention, par leur rôle d'accompagnement individuel, d'organisation des liens sociaux et familiaux, de restauration du lien social, de renforcement du sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale. En effet, ces problématiques tiennent une place importante dans la souffrance psychique : l'exclusion et la précarité résultent d'une perte de ce qui fonde l'identité sociale de l'individu. Ces acteurs expriment toutefois une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en oeuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques.

1.2. Spécificité de l'action des équipes de psychiatrie

Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :

- l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de l'usager, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;
- la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
- l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;
- l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
- la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

2. Modalités de mise en oeuvre des réponses psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations,

des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment. Elles reposent toutefois sur un principe général d'organisation, qui situe les soins psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion dans le champ des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, au titre des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont confiées. La création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion ne saurait donc se substituer aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics. Elles constituent, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients. Si les réponses ne peuvent pas être modélisées, l'objet de la présente circulaire est d'établir un cahier des charges pour le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Il figure en annexe et correspond à des principes prioritaires que vous serez chargés de mettre en oeuvre dans les conditions précisées ci-après.

2.1. Des principes prioritaires

L'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

a) Aller vers les publics

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie. La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en oeuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en oeuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. La psychiatrie peut alors se resituer dans son travail, dans la mesure où ses interventions agissent sur la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture.

b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion. La nécessité de structurer des articulations autour des équipes mobiles spécialisées se situe alors à plusieurs niveaux : - au sein du dispositif de soins psychiatriques lui-même, pour répondre à la nécessité de continuité des soins, éviter la succession de séquences de soins, et prévenir les recours itératifs aux services d'urgence ou aux hospitalisations sous contrainte ; - entre le dispositif de soins spécialisés et les autres acteurs du champ sanitaire

prenant en charge ces publics, et notamment les services d'urgences ; - entre le dispositif de soins spécialisés ou non et le dispositif social et médico-social pour l'articulation desquels le rôle des PASS doit être réaffirmé. Au sein des établissements de psychiatrie, cet enjeu impose que le projet d'équipe mobile spécialisée fasse l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes de secteur et soit le fruit d'une réflexion de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement. À cet effet, il est indispensable que ces équipes mobiles spécialisées soient coordonnées par un référent médical, chargé d'organiser et de structurer les liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extra-hospitalier ou d'hospitalisation à temps complet. Plusieurs modalités d'organisation avec les autres équipes de l'établissement sont possibles (par exemple, une répartition des personnes concernées en fonction de leur année de naissance). Les formes de ces collaborations peuvent aller du simple protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle. De la même façon, les relations entre les équipes mobiles spécialisées et les autres intervenants sanitaires (établissements de santé généraux notamment) ou sociaux doivent être formalisées dans le cadre de conventions précisant les modalités d'intervention et de recours à l'équipe, les actions développées (en particulier dans le champ de la formation). Ces partenariats reposent, en outre, sur un principe de réciprocité portant d'une part, sur la reconnaissance des compétences et des savoirs respectifs et d'autre part, sur un positionnement du dispositif social comme un partenaire des prises en charge à part entière, notamment dans les parcours de réinsertion de patients pris en charge en psychiatrie (proposition de solutions d'aval de l'hospitalisation notamment). Les intervenants sociaux ne sont donc pas exclusivement en position de demandeur auprès des équipes de psychiatrie.

2.2. Modalités de pilotage et de mise en oeuvre de ce dispositif

En se fondant sur ces principes, une priorité est donc accordée à la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour favoriser la prise en charge des publics en situation de précarité et d'exclusion et des professionnels travaillant auprès d'eux, avec un financement dédié de 10,75 millions d'Euro sur la période 2005-2008.

a) La déclinaison de cette priorité dans la planification régionale

Afin de prendre en compte les besoins locaux, les différences de moyens des équipes de psychiatrie, les particularités géographiques, les forces d'initiatives et d'innovation locales et la singularité de l'histoire des institutions, la mise en oeuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie est renvoyée à une planification régionale. Elle constitue une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3, comme le précise la circulaire du 25 octobre 2004. En effet, la nature et les missions de ces équipes les situe clairement dans le champ de la prévention et du soin et donc du SROS. Prenant en compte l'intrication des problématiques sanitaires et sociales en ce domaine, vous veillerez toutefois également à l'articulation du SROS avec les différentes politiques mises en oeuvre dans ce domaine : volet précarité des programmes régionaux de santé publique, dispositif de veille sociale, schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale ou plans départementaux d'insertion développés dans le champ social notamment. Cette cohérence nécessite une concertation privilégiée avec les DDASS, les collectivités territoriales, les élus, les professionnels et bénévoles ainsi qu'avec les institutions du secteur sanitaire et social. Il convient notamment de s'appuyer sur les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion existantes. Cette concertation permettra, dans la phase d'élaboration des politiques, l'établissement d'un diagnostic partagé, puis, dans la phase de mise en oeuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines. La mise en oeuvre d'actions de formation croisées entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux a par ailleurs démontré tout son intérêt sur le plan de la connaissance réciproque et de la création d'une culture commune. Il est donc essentiel de pouvoir, à chaque étape, identifier les enjeux dans le champ de la formation des acteurs. Enfin, une approche globale sanitaire et sociale exige une reconnaissance réciproque et des partenariats denses et formalisés entre des acteurs diversifiés. Vous veillerez, autant que possible, à intégrer cette problématique dans la politique régionale de développement des réseaux de santé que vous déclinez avec les URCAM et qui prend encore insuffisamment en compte la problématique « santé-précarité ».

b) La déclinaison opérationnelle du cahier des charges au sein de la région

Le cahier des charges technique (*cf.* annexe) doit vous permettre d'accompagner la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie au sein de votre région. L'objectif de continuité des prises en charge comporte un enjeu sur le plan de la détermination du ressort territorial de ces équipes. Compte tenu de la spécificité des compétences attendues en ce domaine, une organisation fédérant les objectifs et les moyens de plusieurs équipes de secteur doit être recherchée. Une réflexion à l'échelle du territoire de santé doit être favorisée. Chaque fois que possible, cette approche doit, en effet, permettre une plus grande cohérence, continuité et mutualisation entre les interventions des équipes mobiles spécialisées et l'offre de soins « de droit commun », au sein d'une filière de soins structurée. De même, cette approche territoriale doit faciliter la cohérence avec l'organisation des soins somatiques, particulièrement dans le domaine des urgences, ce dernier correspondant le plus souvent à l'organisation des PASS. Cette recommandation n'exclut pas toutefois une organisation sur un niveau territorial plus fin, si le dimensionnement des territoires de santé ne garantit pas la proximité de l'action des équipes.

c) L'organisation de l'allocation de ressources pour l'accompagnement de cette priorité

Les moyens dédiés à cette priorité dans le cadre du PPSM sont des crédits d'assurance maladie pérennes, au titre de l'ONDAM hospitalier, destinés donc au soutien des établissements de santé supports de ces équipes, sans préjudice des partenariats et des co-financements qui peuvent être favorisés dans les conditions définies ci-après. Afin d'abonder vos dotations régionales au plus près des besoins de financement correspondant aux priorités établies dans le cadre des SROS, la répartition des moyens sera réalisée sur la base d'un appel d'offres national. Pour l'année 2005, l'ensemble des régions a répondu à un premier appel à projets, en mai 2005. Cette première année constitue une phase d'impulsion (*cf.* circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2005 n° 356 du 26 juillet 2005). Aussi, la priorité a été accordée au renforcement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie existantes et à la pérennisation d'actions financées jusque-là par des crédits d'État, notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s'inscrivent dans la trame du futur cahier des charges. En revanche, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté. L'appel à projet national sera renouvelé annuellement, en amont de l'élaboration de la circulaire budgétaire des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et antérieurement financés sous dotation globale. Pour cette année, comme pour les suivantes, les projets éligibles à ce financement devront s'inscrire strictement dans le cadre du cahier des charges établi par la présente circulaire, et correspondre aux objectifs du SROS. Cette approche conduit à exclure les demandes visant à financer des interventions isolées (vacations, consultations et permanences ponctuelles) bien que celles-ci aient lieu dans des structures sociales et médico-sociales. Elle exclut également les demandes portant sur des problématiques très spécifiques (toxicomanie, parentalité, adolescence...), qui sont par ailleurs pertinentes au titre de la diversification des prises en charges et du développement de la psychiatrie de liaison, autre priorité du plan psychiatrie et santé mentale. Ce financement devra, enfin, s'inscrire dans une logique de co-financement, définie localement. Il convient de veiller à ce que chaque source de financement (PRSP, action sociale menée par les conseils généraux et les services déconcentrés de l'État, dotation régionale de développement des réseaux) contribue, dans son champ propre, à des actions de formation, au développement des prestations sociales et de réinsertion, au développement des réseaux. Si l'existence de cofinancements n'est pas un préalable indispensable à la création des équipes mobiles, elle est essentielle à leur pérennité et à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activités et de la densité du partenariat qu'elles mettent en oeuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les cofinancements seront recherchés au gré de la montée en charge de l'activité des équipes. Chaque année, le CILE et le comité national de suivi du plan psychiatrie et santé mentale seront destinataires d'un état de réalisation de la mise en place des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Cette nécessaire transparence sur les résultats de la politique initiée exigera la réalisation d'une évaluation annuelle, dont la trame vous sera transmise prochainement, afin qu'un premier bilan soit réalisé au premier trimestre 2006. Dans l'attente, vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des recommandations de cette circulaire. Les services de la DGS, de la DHOS et de la DGAS sont, en outre, à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile.

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*

J. Castex

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

Pr D. Houssin

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de l'action sociale,

J.-J. Trégoat

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES ÉQUIPES MOBILES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE DESTINÉES À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION

1. Les publics visés

Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte : - les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ; - les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en oeuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

2. Les missions et les principes d'action

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale. Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;

- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité. A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée.

3. La palette d'actions mises en oeuvre

Outre un rôle essentiel auprès des institutions pour le repérage des besoins et l'aménagement de réponses institutionnelles, les actions développées doivent prendre en compte les deux publics identifiés, sur la base d'actions prenant les formes suivantes :

3.1. *En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social).

Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence.

Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation).

Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques.

3.2. *En direction des acteurs de première ligne*

Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité.

Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.

Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques.

Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

4. **Le fonctionnement**

Sans objectif de modélisation du fonctionnement de ces équipes, il est toutefois incontournable de favoriser la mise en oeuvre des principes suivants :

4.1. *Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre*

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent au minimum : un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, *a minima*, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur. La présence d'un temps médical est indispensable afin d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun. Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe « de droit commun », sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

4.2. *Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires*

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés dont la prise en charge doit au contraire être globale et continue tant sur le plan sanitaire que social. Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de

l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. *A minima*, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple. Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé. L'équipe mobile dispose d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

5. Les financements

Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins des équipes mobiles justifient un financement pérenne par l'assurance maladie au sein de l'ONDAM hospitalier. L'ampleur du champ et des modalités d'interventions de ces équipes doit pouvoir amener au développement de cofinancements mobilisant des crédits d'Etat, des collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de santé. Ces financements doivent permettre la mise à disposition de lieux d'intervention, la promotion d'actions de formation, le développement de prestations sociales adaptées, le renforcement de la coordination, par une reconnaissance réciproque des différents acteurs associés...

ANNEXE 2



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Médiation en Santé Mentale
- Soutien par les pairs -

Service Naudin



MARSS

PROGRAMMATION
RÉUNIONS COMMUNAUTAIRES
- JANVIER À MARS 2013 -

2 réunions communautaires,
pour 2 façons différentes
de s'informer et partager ses expériences :

<p>LE MARDI de 10H30 à 12H</p> <p>INFORMATION THÉMATIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> > Information sur 1 thème précis → Voir programme à l'intérieur > Occasion d'apprendre et se documenter <p>LIEU : Salle Bibliothèque au 2^{ème} étage de Solaris</p>	<p>LE JEUDI de 14H30 à 16H</p> <p>AUTO-SUPPORT : ÉCHANGE D'EXPÉRIENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> > Discussion sur sujets libres > Permet d'aborder vos préoccupations du moment <p>LIEU : Salle « Équipe de Santé Communautaire » (dans le petit couloir entre Vega et Centaure, au fond à gauche)</p>
---	---

PRÉPARÉ & ANIMÉ PAR :
Médiateurs de Santé - équipe MARSS
+ Infirmiers - Vega & Centaure

À QUI S'ADRESSENT LES RÉUNIONS COMMUNAUTAIRES ?

> À toute personne hospitalisée au Service Naudin - unités Vega & Centaure.

> Aucune obligation d'y assister - la participation est libre et volontaire.

i La réunion du mardi demande plus de concentration que celle du jeudi. Si c'est trop difficile, on peut revenir le jeudi où la discussion est plus libre, ou bien poser ses questions aux médiateurs en entretien individuel.

> Pour la réunion d'information du Mardi :
S'INSCRIRE À L'INFIRMIERIE DE VÉGA OU CENTAURE

EST-CE QUE D'AUTRES PERSONNES PEUVENT Y ASSISTER ?

C'est possible, mais uniquement à la réunion d'information thématique du Mardi. Ça concerne :

- > Les proches des personnes hospitalisées (famille, amis) :
Afin de s'informer, mieux comprendre et soutenir son proche souffrant.
- i** Règle à respecter : on doit s'engager à ne pas divulguer les témoignages entendus pendant la réunion - mais on peut bien-sûr utiliser la documentation distribuée en réunion.
- > Les professionnels travaillant à Solaris :
En observateurs : pour découvrir la fonction de médiation en santé mentale et comprendre comment les pairs utilisent leurs expériences pour construire un savoir utile à leur rétablissement.
- i** À SAVOIR : pour les réunions d'information thématique, d'autres professionnels peuvent participer à les animer.

La réunion du Jeudi est réservée aux seuls patients, afin qu'ils disposent d'un espace d'échange 100% entre pairs.

CALENDRIER DES THÈMES ABORDÉS À LA RÉUNION DU MARDI
 > Réunion d'Information Thématique

DATE	THÈME
08 janvier 13	Mieux vivre à l'hôpital : s'y repérer & faciliter les relations humaines
15 janvier 13	« Schizophrénie » : qu'est-ce que ça signifie ?
22 janvier 13	Prendre des médicaments : est-ce pour guérir, est-ce pour toujours, est-ce dangereux ?
29 janvier 13	J'ai peur de rechuter après l'hôpital. Y-a-t-il des moyens de l'éviter ?
05 février 13	Pourquoi se retrouve-t-on à l'hôpital ? Que peut-il nous apporter ?
12 février 13	« Trouble bipolaire » : qu'est-ce que ça signifie ?
19 février 13	Je sors bientôt : impatience ou peur ? Comment m'y préparer ?
26 février 13	Usagers de la psychiatrie : quels sont nos droits ?
05 mars 13	Travailler avec un trouble psychique : des possibilités d'adaptation variées
12 mars 13	L'impact des drogues sur les troubles psychiques
19 mars 13	Comment aider nos proches à comprendre nos troubles ?
26 mars 13	Comment faire évoluer le regard de la société sur les « maladies mentales » ?

ANNEXE 3

<p>Fiche de signalement de situation à l'EMPP MARSS</p> <p>Rédacteur de la fiche :</p>	 MARSS
--	---

ORIGINE DU SIGNALEMENT			
Date		Nom (Mr ou Mme)	
Heure		Fonction	
Tel.		Structure	
E-mail			

PERSONNE SIGNALEE			
Nom		Diagnostic, Symptôme parlant	
Prénom			
Age			
Description Physique			
Signes particuliers		Langue parlée	

Motif du signalement	
<i>(Rupture de lien, Rupture de traitement, Retour ou passage à la rue, Disparition, Danger pour lui-même, Danger pour les autres, Pb somatique, Autres)</i>	
Lieux fréquentés par la personne	Déjà sectorisée, où ? (CMP ou Service)

Action demandée	
Rappeler	Evaluer (Oui/Non)
Qui ?	
Tél	
Hospitaliser où ?	Autre

Observations complémentaires

ANNEXE 4

Fiche de tournée de rue

Noms des Intervenants :

Date et horaires de la tournée :

	Type de Tournée (1)	Nom, prénom, pseudonyme	Nationalité (2)	Français parlé (O/N)	Genre (M/F)	Age / Estimation	Lieu de contact (RUE)	Symptôme d'alerte justifiant premier contact (3)	Type de contact (4)	Symptômes observés (3)	Orientation à l'issue du contact					
											EMPP	Méd.	Soc.	Lieu (noter en toutes lettres) (5) (6)	Acc.	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Inscrivez vos commentaires au dos de la feuille

- (1) : C=ciblée (décision en staff) E=Exploratoire S= suite à signalement d'un partenaire
 (2) F= français ; UE = Union Européenne ; E = étranger hors UE (précisez si situation régulière (R) ou non (N))
 (3) Symptômes : 1 = agitation ; 2 = clochardisé ; 3 = sous l'influence de produit ; 4 = Bizarrie ; 5 = Repli ; 6 = soliloque ; 7= problème somatique
 (4) 1^{er} = premier contact ; E = entretien ; R = refus de contact
 (5) Orientation médicale = PASS, CASO, CMP, urgences somatiques, urgences psy, autre...
 (6) Orientation sociale = ADJ, CCAS, GEM, autre.....

ANNEXE 5 : Règles de sectorisation

SECTEURS		
SECTEUR	RESPONSABLE	ARRONDISSEMENT
Secteur 4	Dr Chabannes / Centre	4 ^{ème}
Secteur 2	Dr Dassa / Centre	6 ^{ème}
Secteur 3	Pr Samuelian / Centre	6 ^{ème}
Secteur 1	Pr Naudin / Sud	10 ^{ème}
Secteur 5	Pr Azorin / Sud	8 ^{ème}
Secteur 6	Pr Lançon / Sud	9 ^{ème}
Secteur 7/8/9/10	Valvert	11 ^{ème} /12 ^{ème}
Secteur 11/12/13/14/15/16	Edouard Toulouse	1 ^{er} /2 ^{ème} /3 ^{ème} /13 ^{ème} /14 ^{ème} /15 ^{ème} /16 ^{ème}
Secteur 17/18/19/20/21/22	Montperrin / Aix en Provence	
Secteur 13/24/25	Martigues	
Secteur 26	Arles	

AFFECTATION DES PATIENTS SDF			
Pour région de Marseille, répartition en fonction de la date de naissance. S'adresse aux personnes sans domicile fixe qui sont soit : <ul style="list-style-type: none"> - sans suivi - présentant une interruption du suivi depuis plus de 6 mois 			
Mois de Naissance	Secteur	Hôpital	Service
Du 1 ^{er} janvier au 26 janvier	13 G 01	Sainte-Marguerite	Pr Naudin
Du 27 janvier au 21 février	13 G 02	Conception	Dr Dassa
Du 22 février au 19 mars	13 G 03	Conception	Pr Samuelian
Du 20 mars au 14 avril	13 G 04	Conception	Dr Chabannes
Du 15 avril au 10 mai	13 G 05	Sainte-Marguerite	Pr Azorin
Du 11 mai au 6 juin	13 G 06	Sainte-Marguerite	Pr Lançon
Du 7 juin au 2 juillet	13 G 07	Valvert	Dr Clavet-Morot
Du 3 juillet au 28 juillet	13 G 08	Edouard Toulouse	Dr Astruc
Du 29 juillet au 23 août	13 G 11	Edouard Toulouse	Dr Baucheron
Du 24 août au 18 septembre	13 G 12	Edouard Toulouse	Dr Boissinot
Du 19 septembre au 14 octobre	13 G 13	Edouard Toulouse	Dr Abrieu
Du 15 octobre au 9 novembre	13 G 14	Edouard Toulouse	Dr Brancolin
Du 10 novembre au 5 décembre	13 G 15	Edouard Toulouse	Dr Diruzza
Du 6 décembre au 31 décembre	13 G 16	Edouard Toulouse	Dr Hodginkson